

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE PSICOLOGIA



ANSIEDAD, STRESS Y
TRASTORNOS PSICOFISIOLOGICOS

Autora: M^a Isabel CASADO MORALES

Director: Dr. Juan José MIGUEL TOBAL

Madrid, 1994

A mis padres

Agradecimientos

Desde estas páginas quisiera manifestar mi agradecimiento a todas aquellas personas que, con su apoyo y colaboración inestimable, han hecho posible la realización de esta Tesis Doctoral.

A Juan José Miguel Tobal, mi maestro y director, por todo lo que he aprendido de él, por las horas que ha dedicado a resolver mis dudas, a sistematizar mis ideas y a la lectura de los sucesivos manuscritos. A él y al "lapicerillo" por todas las correcciones que ha realizado, gracias.

A Antonio Cano, que me ha enseñado todo lo que sé de esas "máquinas prodigiosas" llamadas ordenadores y que me ha prestado siempre su apoyo inestimable.

A todos mis compañeros de "mesa y silla": Héctor González, Amalia Escalona, Itziar Iruarizaga y Beny Díaz, que me han apoyado en todo momento y que han ayudado a que este trabajo sea más inteligible y ordenado.

A Marcelino Valero, quien ha pospuesto muchas actividades conjuntas a la conclusión de esta Tesis. Por toda la atención y horas robadas que espero compensar, gracias.

A todos aquellos que han colaborado en la selección de la muestra y en las distintas etapas de la investigación.

Y finalmente, a Juan Mayor y a todos los profesores y colaboradores del departamento por haberme ofrecido los medios necesarios para la realización de esta Tesis...

... a todos ellos, GRACIAS.

ANSIEDAD, STRESS Y TRASTORNOS PSICOFISIOLOGICOS

Pág.

CAPITULO I: LA ANSIEDAD

1.1. INTRODUCCION	2
1.2. EVOLUCION DEL CONCEPTO DE ANSIEDAD	11
1.2.1. Primer período	14
1.2.1.1. Psicodinámico y humanista	14
1.2.1.2. Conductismo clásico	18
1.2.1.3. Enfoque experimental motivacional	21
1.2.1.4. Enfoque de la personalidad: primeras teorías Rasgo-Estado ..	24
1.2.2. Segundo período	26
1.2.2.1. Enfoque de la personalidad	26
1.2.2.1.1. Teorías Rasgo-Estado de Spielberger	26
1.2.2.1.2. Teorías Situacionistas	30
1.2.2.1.3. Teorías Interactivas	33
1.2.2.2. Modificación de la concepción unitaria de la ansiedad: aportaciones de la Fisiología	39
1.2.2.2.1. Teoría Periferalista de James	39
1.2.2.2.2. Activación General: Teoría Central de Cannon	42
1.2.2.2.3. Implicaciones de la Teorías de James y Cannon	45
1.2.2.2.4. Especificidad: Lacey	49
1.2.2.3. Teoría Tridimensional de Lang	56
1.2.2.3.1. Desincronía y fraccionamiento	57
1.2.2.4. Teorías Cognitivas	59

CAPITULO II: EL STRESS

	Pág.
2.1. ¿ANSIEDAD Y/O STRESS?	76
2.2. EL CONCEPTO DE STRESS	81
2.2.1. Situaciones	93
2.2.2. Respuestas	102
2.2.2.1. Stress como respuesta fisiológica	105
2.2.2.1.1. Respuesta inespecífica: Selye, el Síndrome General de Adaptación	106
2.2.2.1.2. Respuesta específica: Everly, los tres ejes de la respuesta de stress	113
2.2.2.2. Respuestas motoras de stress	117
2.2.3. Variables cognitivas	120
2.2.3.1. Valoración	122
2.2.3.2. Afrontamiento	125
2.2.3.3. Relaciones entre características de personalidad y arousal ..	129
2.3. MODELOS EXPLICATIVOS DEL STRESS	134
2.3.1. Modelos Situación-Respuesta (S-R)	134
2.3.2. Variables intermedias: características del sujeto	137
2.3.2.1. Modelo interactivo de personalidad de Endler	139
2.3.2.2. Modelo de interacción dinámico del stress de Lazarus	141
2.3.3. Líneas actuales	143

CAPITULO III: TRASTORNOS PSICOFISIOLOGICOS

	Pág.
3.1. ¿QUE SON LOS TRASTORNOS PSICOFISIOLOGICOS?	147
3.2. DISTINTAS FORMAS DE ABORDAJE DE LOS TRASTORNOS PSICOFISIOLOGICOS	151
3.2.1. Medicina Psicosomática	153
3.2.2. Medicina Conductual	164
3.2.2.1. Aportaciones de la Psicofisiología experimental	169
3.2.2.2. Aportaciones de la Medicina Preventiva	172
3.2.3. Psicología de la Salud	174
3.3. FACTORES DETERMINANTES DE LOS TRASTORNOS PSICOFISIOLOGICOS	183
3.3.1. El papel de los factores fisiológicos	185
3.3.1.1. La respuesta inespecífica	187
3.3.1.2. Patrón específico de respuesta	189
3.3.2. El papel de los factores genéticos	194
3.3.3. El papel de las variables psicológicas	199
3.3.3.1. Ansiedad y Stress	202
3.3.3.2. Ira, Hostilidad y Agresión	219
3.4. MODELOS EXPLICATIVOS DE LA GENESIS DE LOS TRASTORNOS PSICOFISIOLOGICOS	234
3.4.1. La Teoría del órgano o sistema débil	235
3.4.2. El modelo de vulnerabilidad-stress de Sternbach	237

	Pág.
3.4.3. El modelo de Stoyva	241
3.4.4. El modelo de Lachman	242
3.4.5. Modelos basados en variables cognitivas mediadoras	243
3.4.6. Modelo multicausal de Schwartz	245
3.4.7. El modelo de Labrador	246
 3.5. CLASIFICACION DE LOS TRASTORNOS PSICOFISIOLOGICOS . . .	248
 3.5.1. Descripción de algunos trastornos psicofisiológicos	251
3.5.2. Hipertensión arterial	262
3.5.2.1. Factores determinantes	267
3.5.2.1.1. Factores genéticos	268
3.5.2.1.2. Factores ambientales	270
3.5.2.1.2.1. Factores asociados a la dieta	271
3.5.2.1.3. Factores psicológicos	274
3.5.2.2. Desarrollo y establecimiento de la hipertensión	286
3.5.3. Úlcera péptica	293
3.5.3.1. Desarrollo y establecimiento de la úlcera	296
3.5.3.2. El papel de las variables psicológicas	298

CAPITULO IV: ESTUDIO EMPIRICO. ESTABLECIMIENTO DE PERFILES PSICOLOGICOS ASOCIADOS A LOS TRASTORNOS PSICOFISIOLOGICOS

4.1. INTRODUCCION	310
4.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION	326

	Pág.
4.3. PROBLEMA	328
4.4. HIPOTESIS	330
4.5. METODO	334
4.5.1. Muestras empleadas	336
4.5.2. Procedimiento	341
4.5.3. Descripción de los instrumentos empleados	344
4.6. ANALISIS DE DATOS	360
4.7. RESULTADOS	361
4.7.1. Primer estudio: Comparación de los grupos Normal-Hipertensión	361
4.7.1.1. Conclusiones del primer estudio	374
4.7.2. Segundo estudio: Comparación de los grupos Normal-Ulcera ..	377
4.7.2.1. Conclusiones del segundo estudio	389
4.7.3. Tercer estudio: Comparación de los grupos Hipertensión-Ulcera	392
4.7.3.1. Conclusiones del tercer estudio	402
4.8. CONCLUSIONES GENERALES	411
4.9. DISCUSION	431
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	445
ANEXO	507

CAPITULO I:

ANSIEDAD

1.1. INTRODUCCION

Desde las primeras décadas de este siglo, la ansiedad ha ocupado un lugar importante en la literatura psicológica. Las razones que han motivado este hecho son fundamentalmente dos (Miguel-Tobal, 1990):

- La ansiedad, considerada como una respuesta emocional paradigmática, ha facilitado la investigación básica y aplicada en el campo de las emociones en general.

- Los avances en el estudio de la ansiedad han permitido el desarrollo de técnicas concretas aplicadas prácticamente a la totalidad de los ámbitos o ramas de la psicología actual (clínica, educativa, industrial, deportiva, etc.).

Sin embargo, las investigaciones en el área de la ansiedad se han encontrado a lo largo de su historia con dos grandes problemas, por una parte, la ambigüedad conceptual del constructo "ansiedad", y por otra, los problemas metodológicos para abordar la ansiedad de forma operativa.

Desde el punto de vista del marco teórico, todas las escuelas psicológicas se han preocupado en mayor o menor grado por el estudio de la ansiedad, encontrando formulaciones desde líneas psicodinámicas, humanistas,

existenciales, conductistas, psicométricas, hasta las modernas teorías cognitivo-conductuales.

Toda esta diversidad de enfoques hace muy difícil poder definir qué es la "ansiedad" de forma unánime, agravándose, aún más, el problema si consideramos que ésta ha sido abordada en múltiples facetas: como reacción emocional, respuesta, experiencia interna, rasgo de personalidad, estado, síntoma, etc., sin que se establezca un límite claro entre los distintos abordajes.

A su vez, existe una gran confusión terminológica ya que, bajo la etiqueta de ansiedad, la literatura científica ha englobado otros términos que en muchos casos se han utilizado de forma indistinta con el término ansiedad, como es el caso de angustia, stress, temor, miedo, amenaza, frustración, tensión, arousal. En esta línea, son muchos los autores que han tratado de clarificar las diferencias entre los distintos conceptos (Lazarus, 1966; Cattell, 1973; Borkovek, Weerts y Bernstein, 1977; Bermudez y Luna, 1980; Ansorena, Cobo y Romero, 1983) pero en la práctica, se han empleado y se siguen utilizando frecuentemente como términos intercambiables. Señalemos no obstante, las diferencias entre ansiedad y alguno de estos términos.

Ansiedad vs miedo

Habitualmente se ha definido la ansiedad como una emoción cercana al miedo o un subtipo de miedo. El miedo es considerado tradicionalmente como un sentimiento producido por un peligro presente e inminente encontrándose por lo tanto, ligado al estímulo que lo genera, mientras que la ansiedad es más bien la anticipación de un peligro futuro, indefinible e imprevisible, siendo la causa más vaga y menos comprensible que en el miedo (Marks, 1986).

En esta línea, el miedo puede ser definido como la ansiedad ante un estímulo determinado y a su vez, la ansiedad se definiría como miedo sin objeto. Sin embargo, ésta última va asociada en ocasiones a estímulos concretos, como es el ejemplo de las fobias.

Podemos recurrir entonces a otro elemento diferenciador entre miedo y ansiedad: la proporcionalidad, esto es, el miedo sería más bien una reacción proporcionada al peligro real u objetivo, mientras que la ansiedad reflejaría una reacción desproporcionadamente intensa (Bermúdez y Luna, 1980). En este caso, la clave diferenciadora podría ser la concordancia en intensidad entre la reacción emocional y la amenaza real que para el organismo supone el objeto o la situación. Si el estímulo no representa un peligro real proporcional a la reacción, podemos hablar de ansiedad (desproporcionadamente intensa), mientras que en el miedo el peligro es real y proporcional a la reacción de miedo.

Esta diferenciación clásica entre miedo y ansiedad referida al peligro real u objetivo que supone el estímulo, no es fácil de mantener actualmente ya que en nuestros días existe un acuerdo generalizado en entender el miedo y/o la ansiedad como resultante del peligro percibido y por tanto subjetivo.

Así por ejemplo, un perro podría ser interpretado por algunos individuos como un peligro real y por otros, como un estímulo neutro en el sentido de no amenazante. Si variamos características objetivas del estímulo (el perro), como el tamaño, la proximidad de éste, o ciertos movimientos o conductas, habría un mayor número de sujetos que podrían percibirlo como amenazante (perro grande, cercano, gruñendo, etc), o como no amenazante (pequeño, lejano, moviendo la cola, etc). En cualquier caso, no existiría una reacción común a todos los sujetos, ni podríamos decir si el estímulo es objetivamente amenazante o no. Nos parece que diferenciar constructos psicológicos en función de características como el tamaño del perro no es especialmente acertado.

Concluyendo sobre este punto, miedo y ansiedad pueden ser considerados como sinónimos en la mayor parte de los casos aunque siga existiendo una preferencia por el empleo de un término u otro en función de la "peligrosidad real del estímulo", distinción que sólo puede mantenerse en los extremos de un continuo pero que no daría explicación de la reacción a una gran parte de estímulos. Como ya hemos señalado no es la peligrosidad

objetiva, sino la percepción subjetiva la desencadenante de la reacción.

Ansiedad vs. angustia

La utilización de ambos términos ha generado gran confusión a lo largo de nuestro siglo, utilizándose en muchos casos como sinónimos y en otros muchos como conceptos diferentes.

López Ibor (1969) distingue entre ansiedad y angustia en una serie de elementos:

- En la angustia (1) predominan los síntomas físicos, (2) la reacción del organismo es de paralización, de sobrecogimiento y (3) el grado de nitidez de captación del fenómeno se encuentra atenuado.

- En la ansiedad (1) predominan los síntomas psíquicos, sensación de catástrofe, de peligro inminente, (2) es una reacción de sobresalto, tratando de buscar soluciones al peligro, siendo más eficaz que la angustia, y (3) en la ansiedad el fenómeno se percibe con mayor nitidez.

Sin embargo, como señala Miguel-Tobal (1990), diferenciar entre ambos términos supone fundamentalmente buscar diferencias de uso entre corrientes

de corte psicoanalítico y humanista (que utilizan el término angustia), y corrientes más encuadradas en la psicología científica (que utilizan el término ansiedad con mayor frecuencia). Es decir, en último extremo nos estaríamos refiriendo a la misma reacción desde perspectivas teóricas diferentes.

Ansiedad vs. arousal.

El arousal, según Epstein (1967) es considerado como componente común a toda motivación y estimulación. Un incremento de arousal puede ser producido por estimulaciones no relacionadas con la ansiedad. El arousal sería una reacción del organismo ante cualquier forma de estimulación intensa, habiendo sido definido generalmente como nivel general de activación, que sería común a las distintas emociones y no específico de la ansiedad. Bajo un estado emocional elevado, la reacción fisiológica sería causada por la activación general, mientras que la experiencia subjetiva del individuo etiquetaría a nivel cognitivo la emoción específica que se esté sintiendo.

La ansiedad desde este punto de vista podría definirse como el arousal provocado específicamente por una percepción de peligro.

La distinción más compleja en la actualidad, y a la vez más importante por la frecuencia de utilización de ambos términos, es la distinción entre

ansiedad y stress. Sin embargo pasaremos por alto en este momento tal diferenciación ya que será expuesto con mayor detalle y amplitud más adelante.

La confusión terminológica del concepto ansiedad aparece desde su introducción en la psicología a finales del siglo diecinueve, con la traducción al inglés del término alemán "Angst" (Klerman, 1987). Freud en 1926 utiliza el término "Angst" para describir un afecto negativo y una activación fisiológica desagradable; sin embargo, este autor no define las características del término, que será traducido al inglés en 1936 como "anxiety" (Miguel-Tobal, 1985).

Para dar una definición de "Ansiedad" debemos tener en cuenta además que ha sido un constructo que ha ido evolucionando ajustándose a los sucesivos cambios teóricos y a las aportaciones de líneas más aplicadas y experimentales.

Tras la primera aparición del término ansiedad van a transcurrir más de cinco décadas de teorización e investigación de la ansiedad como un constructo unitario que se revela ineficaz e inapropiado hacia los años setenta (Borkovec, Weerts y Bernstein, 1977).

Surge entonces un acercamiento de posturas enfrentadas que aceptarán puntos comunes. Así, la ansiedad desde el punto de vista de respuesta emocional va a concebirse no como un patrón de respuesta unitario, sino como

un triple sistema en el que interactúan las respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras, respuestas que a su vez muestran una escasa correlación entre ellas.

Desde el prisma de la ansiedad como rasgo de personalidad se va poniendo de manifiesto la noción de multidimensionalidad que defiende la existencia de áreas situacionales específicas ligadas a diferencias en cuanto a rasgo de ansiedad.

Sin extendernos en este punto, ya que al exponer la evolución del concepto veremos de forma más clara y contextualizada las distintas definiciones que van surgiendo, señalaremos, a modo de ejemplo, alguna de ellas.

Tradicionalmente el término ansiedad ha sido definido como una emoción compleja difusa y desagradable que se expresa por un sentimiento de tensión emocional y va acompañada de un importante cortejo somático (Bulbena, 1985; Ayuso, 1988).

Según Vila (1984), la ansiedad es una emoción normal cuya función es activadora y por lo tanto, facilita la capacidad de respuesta del individuo; pero cuando ésta es excesiva en intensidad, frecuencia o duración, o aparece asociada a estímulos que no representan una amenaza real para el organismo,

produciendo alteraciones en el funcionamiento emocional y funcional del individuo, se considera una manifestación patológica.

En el intento de definir la ansiedad de forma más concreta recogiendo las distintas posturas, Miguel-Tobal (1990) propone la siguiente definición: La ansiedad es una respuesta emocional o patrón de respuestas, que engloba aspectos cognitivos, displacenteros, de tensión y aprensión; aspectos fisiológicos, caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo y aspectos motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos. La respuesta de ansiedad puede ser elicitada tanto por estímulos externos o situacionales como por estímulos internos al sujeto, tales como pensamientos, ideas, imágenes, etc., que son percibidos por el individuo como peligrosos y amenazantes. El tipo de estímulo capaz de evocar respuesta de ansiedad vendrá determinado en gran medida por las características del sujeto.

1.2. EVOLUCION DEL CONCEPTO DE ANSIEDAD

El concepto de ansiedad según Mc Reynolds (1975) aparece en la literatura en el período helenístico griego. En 1844 Kierkegaard en su obra "El concepto de angustia" concibe la ansiedad desde un marco filosófico-existencial como algo inherente a la libertad humana, a la confrontación y a la elección de alternativas.

Tras estas pinceladas casi anecdóticas hemos de reseñar que el término ansiedad no se incorpora definitivamente a la psicología hasta 1926 con la publicación de la obra de Freud "Inhibición, síntoma y angustia". Desde entonces la mayor parte de las escuelas, tanto clínicas como experimentales, han intentado ofrecer una explicación al fenómeno de la ansiedad, cada una con su método y desde sus principios teóricos.

Para llevar a cabo una exposición de la evolución del concepto de ansiedad resulta práctico y clarificador (como en otras áreas de la psicología) dividir la investigación en dos períodos cuya separación, en este caso, la marcaremos en los años 60.

Primer período.

Desde los años 20 hasta los años 60 podemos agrupar la investigación existente en el campo de la ansiedad en cuatro grandes líneas o enfoques:

1. Psicodinámico y humanista.
2. Conductismo Clásico.
3. Enfoque Experimental-motivacional.
4. Enfoque de la Personalidad: Primeras Teorías Rasgo-Estado.

Segundo período

A partir de los años 60, en el campo de la ansiedad se van a introducir una serie de cambios que revolucionarán el concepto. Estos cambios provienen de ámbitos diferentes:

- Desde la perspectiva de la ansiedad en el campo de la personalidad podemos distinguir tres líneas o aportaciones relevantes:

- * El desarrollo de las Teorías Rasgo-Estado de la mano de Spielberger.

* Las aportaciones de las Teorías Situacionistas.

* La aparición de las Teorías Interactivas.

- Se modifica la concepción unitaria de la ansiedad, desarrollándose la idea de un triple sistema de respuestas según el cual la ansiedad se manifiesta tanto a nivel conductual como a nivel cognitivo y fisiológico.

- Se introducen variables cognitivas que darán lugar al enfoque cognitivo-conductual.

1.2.1. PRIMER PERIODO.

1.2.1.1. Psicodinámico y Humanista.

En las teorías de Freud el concepto de ansiedad va a ocupar una posición de gran relevancia.

A lo largo de su vida Freud elabora tres teorías de la ansiedad. En su primera formulación (1894), conocida como la hipótesis de la transformación, la ansiedad sería un reflejo de la energía sexual reprimida, de la acumulación de la libido que, por medio de una transformación estrictamente somática derivada de un proceso fisiológico, se transforma en ansiedad. Esta primera formulación explicaría los síntomas físicos de la ansiedad pero no el sentimiento displacentero. Posteriormente, en una segunda formulación (en 1925), la ansiedad es definida como una respuesta interna que avisa al organismo de un peligro y que es reflejo de experiencias desagradables en los primeros años de vida. En 1926, Freud reformula de nuevo su hipótesis sobre la ansiedad para adecuarla a su teoría estructural que divide el aparato psíquico en tres instancias (ello, yo y super-yo). Diferencia entonces tres tipos de ansiedad:

Ansiedad real: es la ansiedad que aparece en las relaciones del yo con el mundo exterior. Es una señal de advertencia de un peligro real situado fuera

del sujeto que experimenta ansiedad.

Ansiedad neurótica: el yo intenta satisfacer los instintos del ello pero las exigencias de los mismos le hacen sentirse amenazado, temiendo que el ello se escape del control del yo.

Ansiedad moral: El super-yo presiona al sujeto ante la amenaza de que el yo pierda el control sobre los impulsos, apareciendo una ansiedad en forma de vergüenza.

Por lo tanto, Freud conceptualiza la ansiedad como impulsos y vivencias internas del sujeto, como un proceso de naturaleza tensional en el que el yo aparece amenazado por una gran excitación que no puede controlar. Es un estado transitorio que varía en duración e intensidad en función de la fuente de peligro percibida.

Sin embargo, a lo largo de sus formulaciones, Freud no deja claro si la ansiedad es considerada como un simple constructo, como un estímulo o más bien como una respuesta, sino que las tres conceptualizaciones aparecen en los escritos sin que podamos encontrar delimitaciones claras entre ellas.

Las teorías de Freud tuvieron en su momento una gran repercusión y

fueron seguidas por autores que, aunque comparten la gran mayoría de las ideas básicas, difieren de Freud en el papel que asignarán a la libido, al inconsciente y a los mecanismos de defensa. Entre estos autores neofreudianos destacan principalmente Adler, Schultz-Hencke, French, Radó, Sullivan, Fromm, etc.

Las escuelas Humanistas y Existenciales darán igualmente un papel central al constructo de ansiedad pero desde posiciones más filosóficas que científicas, aunque no por ello dejan de tener una cierta relevancia en el ámbito más aplicado.

Pese a su variedad y dispersión, el elemento común a todas ellas es considerar la ansiedad como el resultado de la percepción de un peligro por parte del organismo. En esta línea cabe destacar algunos autores.

Goldstein (1939) sostiene que la ansiedad es una amenaza al "self", al concepto de sí mismo; la ansiedad es un momento del proceso por el cual organismo y mundo son transformados continuamente.

Sullivan (1953) conceptualiza la ansiedad como la percepción de una evaluación negativa por parte de personas significativas en nuestras vidas.

Persky, Korchin y Grinker (1955) definen la ansiedad como la experiencia consciente y relatable de miedo intenso junto con un presentimiento, siendo ésta una experiencia subjetiva y sin relación con una amenaza externa.

Para Epstein (1967), la ansiedad es un estado de impulso emocional que aparece tras la percepción de un peligro, como una situación de miedo sin resolver o como un estado de arousal no dirigido a la percepción de amenaza.

Otros autores relevantes en este campo y que se deben también señalar son May y Rogers.

May (1950), define la ansiedad como la aprensión producida por la amenaza a algún valor que el individuo considera esencial para su existencia como un yo.

Desde un punto de vista fenomenológico Rogers (1951, 1967) conceptualiza la ansiedad como un estado de malestar o tensión cuya causa es desconocida para el sujeto.

Frente al discurso psicoanalítico y humanístico aparecen otros modelos que intentan un acercamiento más experimental y operativo. El estudio de la ansiedad entra entonces en el ámbito experimental, enriqueciéndose con las

nuevas teorías que en el campo del aprendizaje se van desarrollando, destacando así autores como Hull, Mowrer, Dollard y Miller.

Desde esta línea la ansiedad será conceptualizada de dos formas (Bermúdez y Luna, 1980):

- Como una respuesta condicionada clásicamente.
- Como un drive que impulsa la conducta del organismo.

1.2.1.2. Conductismo Clásico

Watson y el Conductismo clásico parten de una concepción ambientalista que utiliza preferentemente los términos miedo y temor en lugar de ansiedad. La psicología de Watson busca la objetividad tratando de ser una rama experimental de las ciencias naturales como la física o la química. Este autor trata de estudiar al hombre observando su conducta, sin interpretaciones ni inferencias.

El enfoque conductual supuso un gran avance en el estudio de la ansiedad y ayudó principalmente a su operativización, considerándola como un estado o respuesta emocional transitoria, evaluable en función de sus

antecedentes (E) y consecuentes (R) y de la cual podía determinarse su frecuencia y duración.

En la década de los veinte, a partir de los trabajos de Watson y Rayner (1920) sobre el condicionamiento de una fobia en "el pequeño Albert", la ansiedad se conceptualiza como una respuesta emocional condicionada negativa, aprendida según los principios del condicionamiento pauloviano y que se produce por medio de la asociación de una situación, en principio neutra (EC), con una experiencia desagradable (EI). Tras varios emparejamientos el EC adquiere un valor negativo similar al EI siendo capaz de producir respuesta de ansiedad.

Más tarde, con la introducción del Condicionamiento Instrumental de la mano de Skinner, la ansiedad pasa a ser un estado tras la presentación de un estímulo aversivo que da lugar a una disminución en la conducta. De esta forma, un estímulo que precede a un reforzador negativo evoca una conducta condicionada por la reducción de la amenaza de la situación, provocando, a su vez, respuestas emocionales.

Posteriormente, otros muchos autores estudiarán la ansiedad siguiendo los paradigmas del condicionamiento clásico y/o instrumental. En esta línea, Mowrer (1939) asume en un primer momento la ansiedad como una conducta

aprendida por un proceso de condicionamiento clásico. Posteriormente, Mowrer (1960) reconoce que para explicar la aparición y fundamentalmente el mantenimiento de gran parte de la ansiedad y los miedos que presentan los humanos no es suficiente con los principios del condicionamiento clásico, motivo por el que introduce un segundo proceso explicativo, el condicionamiento instrumental u operante. Así, en su teoría conocida como Teoría Bifactorial señala la existencia de dos procesos o componentes en el desarrollo y mantenimiento de la ansiedad. El componente clásico podría explicar en muchos casos la aparición de la ansiedad o el miedo, y sería responsable de la motivación para la evitación del estímulo temido, mientras que el componente instrumental respondería más bien del mantenimiento de la ansiedad por medio del refuerzo de las respuestas motoras de evitación que reducen la ansiedad y que impiden la extinción.

En la misma línea de Mowrer destacan los trabajos de Miller (1948, 1951), Costello (1976) y Corey (1977).

Muchas serán las teorías que años más tarde, dentro de nuestro segundo período de estudio, se formulan siguiendo la línea marcada por los paradigmas clásico y operante del aprendizaje. Eysenck (1968, 1979, 1985), en su Teoría de la Incubación intenta explicar cómo una respuesta de ansiedad puede ser reforzada al asociarse la desaparición del EC con la finalización de la RC de

ansiedad, provocando un incremento en dicha respuesta de ansiedad. Seligman (1971) desarrolla su Hipótesis sobre la Preparación por medio de la cual intenta explicar el porqué ciertos estímulos pueden ser condicionados más rápidamente que otros. En este sentido, defiende que no todos los estímulos ambientales tienen la misma capacidad de ser condicionados o asociados a estímulos incondicionados de miedo o ansiedad sino que, aquellos que filogenéticamente han sido asociados con amenazas para el bienestar del individuo, serán condicionados más rápidamente y serán a su vez más resistentes a la extinción.

1.2.1.3. Enfoque Experimental Motivacional.

A partir de los años 30 aparecen una serie de autores que tratan la ansiedad bajo el prisma experimental basándose en las aportaciones de las teorías de la emoción y la motivación, e integrando los hallazgos recientes de las teorías del aprendizaje.

Uno de los autores más destacados dentro de este enfoque experimental-motivacional es Hull (1921, 1943, 1952). Su trabajo se caracteriza por el énfasis en los aspectos metodológicos y el rigor formal. Según Hull, el concepto clave para explicar la motivación de toda conducta será el "impulso" o "drive". De esta forma, conceptualiza la ansiedad como un "drive" motivacional que permite al

sujeto dar respuesta ante un estímulo.

Para Hull, y más tarde para Spence, (1958). la conducta no puede ser explicada por la simple coincidencia temporal entre el estímulo y la respuesta sino, sobre todo, por la mediación de un nuevo proceso: la reducción del impulso.

Las características más importantes que Hull atribuyó al impulso fueron: su dependencia de los estados fisiológicos y organísmicos antecedentes, su carácter energizador con respecto a la conducta, su independencia con respecto al hábito, su poder reforzador cuando es reducido y su especificidad (Miguel-Tobal, 1985). La base final de la motivación para Hull, será la necesidad corporal.

En definitiva, Hull acepta el refuerzo como una reducción del impulso. Esta Teoría de la Reducción del Impulso fue desarrollada por Dollar y Miller (1950) e influyó en autores como Spence y Taylor (1951), Spence (1956) y Taylor (1956).

Dollar y Miller (1950), asumiendo las aportaciones de la teoría de Hull, conceptualizan la ansiedad como un "drive" secundario que se adquiere por medio del aprendizaje y que es asociado a diferentes fenómenos. Su origen,

desarrollo y mantenimiento serán explicados respectivamente por procesos como el conflicto, la generalización y el refuerzo. En trabajos llevados a cabo hasta la mitad de los años 60, estos autores se centran en la interacción de la ansiedad con otros elementos integrantes de la personalidad, tratando de incidir en ella terapéuticamente por medio de las denominadas técnicas de reducción del "drive".

Para Spence y Taylor la ansiedad es equiparable al grado de excitación general del sujeto o "drive" motivacional. En una amplia serie de trabajos (Spence y Taylor, 1951; Taylor, 1951; Taylor y Spence, 1952; Spence, 1956; Spence y Spence 1966b) centrados en la ansiedad y el rendimiento, estos autores suponen la existencia de una relación entre la ansiedad causada por la prueba y el grado de dificultad de la tarea a ejecutar, de forma que una respuesta condicionada sencilla (tarea sencilla) es aprendida con mayor facilidad por sujetos que tienen un nivel de ansiedad alto mientras que, aquellos cuyo nivel de ansiedad es menor, encuentran mayor dificultad en aprender esta tarea. En tareas de mayor complejidad se encuentra el efecto contrario, es decir, son aprendidas con mayor facilidad por sujetos que presentan un nivel más bajo de ansiedad o activación.

1.2.1.4. Enfoque de la Personalidad: Primeras teorías Rasgo-Estado

El primer intento sistemático para distinguir entre ansiedad rasgo y ansiedad estado fue realizado por Cattell y Scheier (1958, 1961), desde un enfoque psicométrico-factorial.

En esta primera teoría rasgo-estado, se define el rasgo de ansiedad como la disposición interna o la tendencia temperamental que tiene un individuo a reaccionar de forma ansiosa, independientemente de la situación en que se encuentre. Esta ansiedad rasgo se basa en las diferencias individuales, relativamente estables, en cuanto a la propensión a la ansiedad. Desde esta perspectiva, la ansiedad sería un factor de personalidad. Frente al rasgo, Cattell defiende el estado de ansiedad como una condición o un estado emocional transitorio que fluctúa en el tiempo. En el estado de ansiedad se dan cambios fisiológicos tales como aumento de la presión sistólica, aumento del ritmo cardíaco, aumento del ritmo respiratorio, descenso del pH salivar, etc.

Estos cambios, según Cattell, distinguen el estado de ansiedad de otros patrones de respuesta asociados al esfuerzo, al miedo, etc.

En esta primera distinción rasgo-estado de Cattell, ambos factores no son excluyentes ni opuestos, sino que cada sujeto tiene un rasgo propio de ansiedad

que, en función de las situaciones (variables situacionales) y del propio organismo (variables organísmicas), fluctúa como estado.

En cualquier caso, el concepto fundamental de la teoría de Cattell es el de rasgo, pero sin olvidar los procesos motivacionales que él denomina "rasgos dinámicos".

Esta primera formulación tuvo una gran repercusión en la Teoría Rasgo-Estado de Spielberger, autor que ha desarrollado una de las teorías de mayor difusión en el campo de la ansiedad.

1.2.2. SEGUNDO PERIODO

Este segundo periodo que hemos delimitado a partir de la década de los años 60 se caracteriza por la aparición de una serie de cambios que revolucionarán el concepto de ansiedad: aportaciones desde el enfoque de la personalidad, modificación de la concepción unitaria de la ansiedad y la relevancia dada a las variables cognitivas.

1.2.2.1. Enfoque de la personalidad

Desde la perspectiva de la ansiedad en el campo de la personalidad señalaremos tres de las aportaciones más relevantes: el desarrollo de la Teoría Rasgo-Estado de Spielberger, las aportaciones de las Teorías Situacionistas y la aparición de las Teorías Interactivas.

1.2.2.1.1. Teoría Rasgo-Estado de Spielberger.

Hasta entonces la ansiedad había sido conceptualizada como un rasgo de personalidad. Las teorías de rasgo concebían éste como una disposición interna o tendencia del organismo a reaccionar de forma ansiosa con una cierta

independencia de la situación en que se encuentra el sujeto.

Tras la primera formulación de Cattell, Spielberger desarrollará su Teoría Rasgo-Estado, llamada a ser la de mayor difusión en el campo de la ansiedad. Spielberger (1966b) sostiene que una adecuada teoría de la ansiedad debe distinguir conceptual y operativamente entre rasgo de ansiedad y estado de ansiedad, así como diferenciar entre estímulos condicionados que provocan el estado de ansiedad y las defensas para evitar dichos estados.

Según este autor, el estado de ansiedad se conceptualiza como un estado emocional transitorio o condición del organismo humano que varía en intensidad y fluctúa en el tiempo. Es una condición subjetiva, caracterizada por la percepción consciente de sentimientos de tensión y aprensión y por una alta activación del sistema nervioso autónomo. Así, el nivel del estado de ansiedad dependerá, según Spielberger (1966b), de la percepción del sujeto, es decir, de una variable meramente subjetiva y no del peligro objetivo que pueda representar la situación. El rasgo es definido como las diferencias individuales relativamente estables en cuanto a la propensión a la ansiedad, es decir, las diferencias en la disposición para percibir estímulos situacionales como peligrosos o amenazantes y la tendencia a reaccionar ante ellos con estados de ansiedad. Spielberger (1972) resume su teoría en seis puntos:

- Las situaciones que sean valoradas por el individuo como amenazantes evocarán un estado de ansiedad. A través de los mecanismos de feedback sensorial y cognitivo los niveles altos de estado de ansiedad serán experimentados como displacenteros.

- La intensidad de la reacción de un estado de ansiedad será proporcional a la cantidad de amenaza que esta situación posee para el individuo.

- La duración de un estado de ansiedad dependerá de la persistencia del individuo en la interpretación de la situación como amenazante.

- Los individuos altos en cuanto al rasgo de ansiedad percibirán las situaciones o circunstancias que conlleven fracasos o amenazas para su autoestima como más amenazantes que las personas con bajo nivel en rasgo de ansiedad.

- Las elevaciones en estados de ansiedad pueden ser expresadas directamente en conductas, o pueden servir para iniciar defensas psicológicas que en el pasado fueron efectivas en la reducción de la ansiedad.

- Las situaciones estresantes ocurridas frecuentemente pueden causar en el individuo el desarrollo de respuestas específicas o mecanismos de defensa

psicológicos dirigidos a reducir o minimizar los estados de ansiedad.

Por tanto, según la Teoría Rasgo-Estado de Spielberger podemos hablar de los estados de ansiedad como un proceso temporal que comienza con la valoración por parte del individuo de los estímulos, bien internos, bien externos, y sobre el que influirá el rasgo de ansiedad. Por ello, un individuo con marcado rasgo de ansiedad tenderá a valorar un gran número de situaciones como amenazantes. Una vez valorados los estímulos aparecen varios caminos posibles, en función de si dichos estímulos son o no valorados como amenazantes. Si los estímulos son valorados como no amenazantes no se llegará a dar reacción de ansiedad. En cambio, si los estímulos son valorados como amenazantes se dará un incremento en el estado de ansiedad, si bien el individuo podrá poner en marcha mecanismos (respuestas adaptativas que el individuo ha desarrollado al enfrentarse frecuentemente a situaciones o estímulos similares) para reducir y/o eliminar el estado de ansiedad.

Las principales aportaciones de la Teoría Rasgo-Estado de Spielberger se pueden resumir en los siguientes puntos:

- Clarifica y profundiza en la distinción (ya sugerida por Cattell y Scheier, 1958, 1961) entre rasgo y estado de ansiedad, aportando una definición más precisa y operativa de ambos conceptos.

- El desarrollo de un instrumento de evaluación, el STAI (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970), cuya utilidad es respaldada por el gran número de investigaciones, tanto básicas como aplicadas.

- Por otro lado, es importante resaltar la relevancia que se da en esta teoría a los procesos o variables cognitivas. La valoración cognitiva juega un papel importante en la evocación de un estado de ansiedad y, junto a los procesos motores, sirven para eliminar o reducir los estados de ansiedad.

- Apunta la conveniencia y necesidad de especificar y analizar las características de las condiciones del estímulo que evocan diferentes niveles de estado de ansiedad en individuos que difieren en cuanto a rasgo de ansiedad. Esta preocupación será uno de los elementos responsables de la inserción progresiva de esta teoría de Spielberger hacia planteamientos más interactivos.

1.2.2.1.2. Teorías Situacionistas

Frente a las teorías rasgo-estado aparecen un grupo de autores entre los que destaca Mischel, quien en su obra "Personalidad y evaluación" (1968) argumenta que la respuesta de ansiedad depende directamente de las características de la situación más que de las variables de personalidad del

sujeto.

Este modelo, denominado Situacionista, se centra en el estudio de la conducta en sí misma y no en la conducta como expresión de una estructura o estado interno del individuo. Para este enfoque, dentro de la línea conductual a la que hicimos referencia en el período anterior a los años 60, la conducta es principalmente aprendida, siendo el aprendizaje (por condicionamiento clásico, operante o por aprendizaje vicario) el responsable del desarrollo y mantenimiento de las mismas.

Si bien las teorías de rasgos defienden que los determinantes de la conducta son internos al sujeto, para el modelo situacionista la conducta está determinada por la situación. Este último modelo critica las teorías de rasgos, por la escasa estabilidad y consistencia del rasgo o los constructos internos para predecir una conducta concreta, aunque no niega la existencia de factores internos. Por ello, las teorías basadas en el modelo situacionista mantienen que una conducta concreta es más explicable y predecible por las variables de la situación en la que se da, esto es, las condiciones antecedentes y consecuentes de dicha conducta.

Para Mischel, a pesar de que existen ciertas normas estables de conducta, no se puede predecir ésta de forma absoluta a partir de ellas, ya que la

conducta está en gran medida determinada por la situación. Así, la conducta será estable cuando las relaciones refuerzo-respuesta y estímulo discriminativo-estímulos evocadores perduren en el tiempo, mientras que la conducta cambiará cuando esas condiciones se modifiquen.

Desde este modelo se sostiene que cada individuo tiene un repertorio de conductas propio que explica la forma diferente de reaccionar de los distintos sujetos ante las mismas situaciones, sin que dicho repertorio esté determinado por características internas y estables como los rasgos, sino que se ha ido formando a lo largo de la vida por medio de reforzamiento diferencial de las distintas conductas. En resumen, podemos plasmar los postulados situacionistas en tres puntos:

- Las condiciones y características de la situación en que se manifiesta la conducta van a determinar el desarrollo y mantenimiento de la misma.
- La forma en que la situación controla la conducta podemos explicarla por medio de las leyes y principios del aprendizaje.
- A partir de la experiencia del sujeto y del refuerzo diferencial se va formando un repertorio de conductas propio para cada individuo que explica las distintas formas de reaccionar que poseen los distintos sujetos.

Hemos de señalar para terminar que este modelo encabezado por Mischel, al igual que el modelo Rasgo-Estado de Spielberger, evolucionará hacia el modelo interactivo en el que se integrarán ambos enfoques enriqueciéndose mutuamente.

1.2.2.1.3. Teorías Interactivas

Tras las duras críticas de Mischel al modelo rasgo-estado aparecen las teorías interactivas bajo la mano de autores como Bowers (1972, 1973), Endler (1973) y el propio Mischel (1977), que proponen que la forma adecuada de estudiar la personalidad es prestando atención tanto a las cualidades o factores internos del individuo como a las características de la situación pero, ante todo, a la interacción entre ambas.

Este nuevo enfoque surge por tanto para dar respuesta y reconciliar definitivamente tanto al modelo Rasgo-Estado como al modelo Situacionista, defendiendo que lo importante no es ni el individuo ni la situación por separado sino la interacción de los dos. Ningún factor personal ni ninguna situación determinan la conducta de forma aislada; la determinación vendrá impuesta por la interacción persona x situación. Así, la reacción o estado de ansiedad vendrá determinado por la interacción entre el rasgo de ansiedad del

sujeto y las características estresantes de la situación. Endler y Magnuson (1974, 1976a) señalan los elementos básicos de la interacción persona x situación:

- La conducta actual es función del proceso continuo de interacción entre el individuo y la situación en que éste se encuentra.
- El individuo es un agente activo e intencional en sus procesos de interacción.
- Respecto a la persona, los factores cognitivos y motivacionales son los principales determinantes de la conducta.
- En cuanto a la situación, el significado psicológico que ésta tiene para el individuo es el factor determinante más importante.

La situación en sí misma, de forma objetiva, no determinará la conducta. La forma en que el individuo percibe e interpreta la información que la situación le brinda será la responsable de la conducta del sujeto; por lo tanto, volvemos a hacer hincapié en la interacción.

En cuanto al peso mayor o menor que pueda tener la situación sobre las características personales del individuo, podemos decir que cuanto más definida

sea una situación mayor fuerza tendrá en la determinación del comportamiento individual, pasando las características personales a un segundo plano, mientras que a medida que la situación se vuelve más ambigua y menos precisa la relación se invierte, siendo las características personales las que más explicarían el comportamiento del sujeto (Miguel-Tobal, 1990).

Si el STAI fue el inventario que reflejaba las concepciones del modelo Rasgo-Estado, dentro del modelo interactivo nos encontramos con un instrumento de medida que recogerá los postulados del nuevo modelo: el S-R Inventory of Anxiousness (Endler, Hunt y Rosenstein, 1962). Este inventario, precursor de los inventarios interactivos, evalúa los tres componentes básicos de este enfoque: el componente situacional, el componente individual y el componente de respuesta.

El componente situacional es evaluado en tres categorías situacionales: situación de amenaza interpersonal, situación de peligro físico y situación ambigua. El componente individual viene medido por la intensidad en que cada respuesta es experimentada subjetivamente por el sujeto. El componente de respuesta es evaluado en tres categorías:

- distrés, disgusto evitación,
- optimismo, alegría, acercamiento,
- reacciones autonómicas.

Más tarde, en 1975, se añade al inventario una nueva categoría situacional: ansiedad ante la rutina cotidiana, tomando el cuestionario un nuevo nombre: S-R Inventory of General Trait Anxiousness (Endler y Okada, 1975). Posteriormente se añade otra nueva dimensión: evaluación social (Endler, 1978; Flood y Endler, 1980).

Estos cambios que iba reflejando la investigación sobre el tema, con la inclusión de áreas situacionales ligadas a diferencias individuales en cuanto a rasgo de ansiedad no hacían posible poder mantener la concepción unidimensional de la ansiedad. Así, Endler formula su Teoría interactiva multidimensional de la ansiedad que irá desarrollando paulatinamente (Endler, 1975; Endler y Okada, 1975; Endler, Magnuson, Ekehammar y Okada, 1976; Endler y Magnuson, 1976a, 1976b; Endler, 1978) y en la que considera el rasgo de ansiedad como multidimensional.

Esta teoría se completa con la hipótesis de la congruencia o diferencial (Endler, 1977) que permite predecir la naturaleza y dirección de la interacción entre rasgos y factores situacionales y examinar sus efectos conjuntos sobre la conducta. Este autor afirma que para que la interacción rasgo por situación estresante sea efectiva en la inducción del estado de ansiedad, es esencial que la medida de rasgo de ansiedad sea congruente con la situación amenazante (Endler, 1978). Es decir, cuando exista congruencia entre el rasgo de ansiedad

y la naturaleza de la situación podremos predecir el estado de ansiedad.

Conjugando la teoría multidimensional del rasgo de ansiedad (en la que se contemplan cuatro facetas o áreas situacionales: interpersonal, física, ambigua y evaluación social) con la hipótesis de la congruencia podríamos predecir, por ejemplo, que el rasgo de ansiedad interpersonal interaccionará con situaciones interpersonales que impliquen amenaza en la producción de cambios en estado de ansiedad, pero no interaccionará con situaciones que no sean congruentes con dicha faceta de rasgo de ansiedad, esto es, con situaciones que impliquen ambigüedad, peligro físico o evaluación social (Bermúdez, 1983).

Investigaciones posteriores han corroborado estos presupuestos (Flood y Endler, 1980; Endler, 1983), aunque en alguna de ellas con ciertas matizaciones, como en el caso de Bermúdez (1983) que sugiere que en este tipo de investigación se han olvidado algunas variables referidas a la situación, tanto relativas a las características objetivas como, sobre todo, las referidas a la significación y valoración que el individuo hace de dicha situación.

Más recientemente Cano, (1989) ha puesto a prueba la hipótesis de la congruencia de forma experimental, encontrando que los resultados obtenidos concuerdan con las predicciones de dicha hipótesis.

Por otro lado, los trabajos realizados por Miguel-Tobal y Cano (Miguel-Tobal, 1985; Miguel-Tobal y Cano 1984, 1985, 1986, 1988) conducentes a la elaboración del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad -ISRA- suponen un fuerte respaldo a la multidimensionalidad del rasgo de ansiedad, encontrando cuatro dimensiones tanto en muestras clínicas como de población general, coincidentes en buena medida con las señaladas por Endler. Estas son: ansiedad de evaluación, ansiedad interpersonal, ansiedad fóbica y ansiedad ante situaciones de la vida cotidiana.

Por tanto, observamos como cambia la concepción unitaria del rasgo de ansiedad hacia concepciones multidimensionales.

Para poder entender en toda su magnitud este cambio conceptual de la ansiedad hacia concepciones multidimensionales, tanto en lo relativo al rasgo como en la propia respuesta o reacción, debemos hacer un paréntesis para resaltar la importancia y el apoyo que supuso la investigación desde el campo de la psicofisiología. La concepción de activación general fue sustento de casi todas las líneas desarrolladas hasta los años sesenta. Más tarde, el concepto de especificidad será la clave para el desarrollo de las teorías multidimensionales.

***1.2.2.2. Modificación de la concepción unitaria de la ansiedad:
aportaciones de la Fisiología***

Comencemos haciendo un repaso general a las teorías de James-Lange y de Cannon como representantes de dos importantes líneas de investigación sobre las emociones. La primera de ellas postula la existencia de patrones específicos de respuestas corporales asociados a cada una de las distintas emociones y la segunda defiende cambios fisiológicos generales, no diferenciados para cada emoción.

1.2.2.2.1. Teoría Periferalista de James

Las teorías de James (1884) y Lange (1885) sostienen que la emoción consiste en la sensación de los cambios corporales que se producen tras la percepción del hecho desencadenante. Es, por tanto, una teoría periférica de la emoción que defiende la existencia de patrones viscerales específicos para las distintas emociones (Fernández Dols y Ortega, 1985; Vila, 1981a). William James, en 1884, formula la hipótesis contraria a la concepción tradicional.

James observa que, hasta entonces, los fisiólogos se habían centrado en las funciones perceptivas, cognitivas y volitivas, olvidando el estudio de la emoción. En su artículo de 1884 quiso demostrar que los procesos cerebrales

emocionales no sólo se asemejan a los procesos cerebrales sensoriales, sino que, en términos estrictos, son los mismos procesos combinados de forma diversa.

James defiende que las emociones son consecuencia de los cambios corporales provocados por la percepción de hechos, y no como se decía, que las emociones aparecían como reacción a la interpretación de un objeto interesante, provocando seguidamente las reacciones corporales. Es decir, para James estamos tristes porque lloramos, enfadados porque golpeamos y asustados porque temblamos.

Por tanto, según su teoría, la emoción es la percepción del estado corporal correspondiente, la sensación procedente de los cambios corporales (somáticos y autonómicos) producidos por la percepción de estímulos externos.

La secuencia defendida era la siguiente:

- Los estímulos ambientales excitan los receptores sensoriales que conducen los impulsos a la corteza cerebral, produciendo la percepción de los mismos.

- La corteza envía impulsos a los diferentes órganos, produciendo cambios en ellos.

- Los cambios corporales (viscerales y somáticos) excitan los receptores interoceptivos y propioceptivos, conduciendo los impulsos a la corteza, dándose entonces el estado emocional.

En definitiva, la percepción de estos cambios corporales es lo que daría lugar a la experiencia emocional.

Por su parte, el fisiólogo danés C.G. Lange (1885) defendía un proceso similar aunque limitando los cambios corporales a la actividad vasomotora del Sistema Nervioso Autónomo.

La teoría de James se caracteriza por los siguientes aspectos:

- Es una teoría periférica en el sentido de que da cuenta de la experiencia emocional por medio de la actividad de órganos periféricos.

- Se considera que las conexiones aferentes y eferentes entre órganos periféricos y el cortex son directas, sin que intervenga ningún mecanismo mediador.

- Es una teoría diseñada para explicar el sentimiento emocional más que el comportamiento emocional.

James destaca que la parte visceral y orgánica de una expresión emocional no se dará de la misma forma en todos los individuos, sino que existen diferencias individuales.

En 1894, James publica un segundo artículo en el que modifica en parte su teoría, ampliando algunos puntos. Aclara que los estímulos que provocan cambios corporales no son estímulos simples, sino "situaciones totales". Una revisión amplia sobre la teoría de James, puede verse en Cano y Aguirregabiria (1989).

1.2.2.2.2. Activación General: Teoría Central de Cannon

Tras la teoría periferalista de James, aparece la teoría central de Cannon.

El término activación general hace referencia a una dimensión de tipo fisiológico subyacente a la conducta emocional. Puede ser entendida como un continuo en el que en un extremo estaría el sueño y en el otro extremo se situarían emociones intensas (pánico, miedo intenso, ira, ansiedad, alegría, etc.) que podrían alcanzar niveles patológicos. Desde este punto de vista, la activación supone una fuerza o energía básica para llevar a cabo una conducta. Los cambios fisiológicos serían entonces los índices que reflejaran la intensidad

de las emociones, sin tener en cuenta la dirección o la cualidad de las mismas. Lang (1971), Vila (1981a) y Ohman (1987) revisan de forma crítica el concepto de activación general.

El concepto de activación general, unidimensional de activación, contrario a la teoría de James, supone la existencia de un único momento o proceso de activación general del organismo en el que los sistemas autonómico, cortical y/o somático se encuentran acoplados; a su vez, supone que los indicadores fisiológicos correlacionan con medidas subjetivas y conductuales.

Cannon presenta varias objeciones a la teoría de James que se pueden resumir en cinco puntos (Cannon, 1929):

1. La separación total de las vísceras y del sistema nervioso central a través de simpatectomías o vagotomías no hace desaparecer la conducta emocional.

2. Los mismos cambios viscerales se producen en emociones aparentemente diversas así como en estados no emocionales (ejercicio físico, calor, frío, etc.).

3. Las vísceras son estructuras relativamente insensibles con pocas

terminaciones nerviosas y, por tanto, incapaces de proporcionar una diferenciación precisa de los procesos fisiológicos.

4. Las respuestas en el sistema nervioso autónomo son lentas, mientras que las respuestas emocionales ante estímulos apropiados son rápidas, no pudiendo aquellas ser la causa de éstas.

5. La inducción de cambios viscerales de forma artificial (mediante inyecciones de adrenalina) no provocan reacciones emocionales, a pesar de que los cambios inducidos artificialmente son los mismos que los que acompañan a las reacciones emocionales.

Estas críticas de Cannon hicieron que los cambios autonómicos y somáticos dejaran de ser antecedentes causales de la emoción (cuya percepción genera tanto la cualidad como la intensidad emocional), pasando a ser concomitantes homeostáticos de la misma (indicadores de la intensidad emocional que prepara para la acción) (Véase Cano, 1989). Fomentaron, así mismo, el interés por los modelos neurológicos de la emoción basados en estructuras del S.N.C.

Según su teoría emergentista (Cannon, 1915, 1927, 1929, 1931), los cambios corporales no cumplen otra función que la de preparar al organismo

para la acción en situaciones de emergencia. La rama simpática del SNA moviliza la energía, mientras que la rama parasimpática cumple una función de conservación de la energía.

La emoción es para Cannon un fenómeno central, y por tanto, la experiencia emocional depende del funcionamiento talámico y del comportamiento emocional del hipotálamo.

Normalmente, el tálamo está bajo el control inhibitorio del cortex. Así, los estímulos pasan a través del tálamo sin rehacer esta inhibición y por ello sin producir emoción. Sin embargo, si el estímulo evoca en el cortex respuesta condicionada de naturaleza apropiada se anula la inhibición y se producen descargas hipotalámicas. Otros estímulos, con capacidad de activar respuestas emocionales de forma innata, pueden sobrepasar directamente la inhibición del tálamo y producir esta descarga directamente (Véase Schwartz, 1983).

1.2.2.2.3. Implicaciones de las teorías de James y Cannon

La propuesta de Cannon de implicar directamente el S.N.C. ejerció una gran influencia durante los años siguientes, lo que dio lugar a diversas teorías cuyo eje central era subrayar que la conducta emocional va acompañada de una

activación fisiológica y que las diferentes emociones ocupan distintas posiciones en ese continuo de activación. Es la Teoría de la Activación General. Motivó investigaciones que estudiaron las bases neurológicas de la conducta emocional, demostrando una mayor complejidad de estructuras y vías anatómicas implicadas en el control de las emociones.

Duffy (1930) sostiene que los cambios periféricos, tanto en el Sistema Nervioso Autónomo como en el Sistema Somático, reflejaban los diferentes niveles de "movilización de energía" que acompañaban a los estados motivacionales y emocionales. Posteriormente, Duffy (1962, 1972) reformula el concepto de activación generalizada e indiferenciada de Cannon defendiendo la existencia de dos tipos de activación, una de nivel general y otra específica que será la responsable de que el individuo se ajuste a la situación estimular concreta. Emoción y motivación son conceptos idénticos definidos en función del nivel de activación fisiológico.

Las teorías centrales sobre la emoción irán reflejando los diferentes hallazgos en el campo de la fisiología, la neurología y la neuroanatomía: tálamo (Cannon), sistema límbico (Papez, McLean), hipotálamo (Gellhorn), sistema de activación reticular (Lindsley), lóbulos frontales (Arnold).

El descubrimiento de la actividad electroencefalográfica (Berger, 1929) y

del sistema de activación reticular (Moruzzi y Mogoum, 1949) hizo que los teóricos de la activación se interesaran por las medidas fisiológicas centrales (Tudela, 1985).

Así, en 1951, Lindsley, en su "Teoría de la Activación de la Emoción", explica las emociones en términos de arousal cortical, situando las emociones en un continuo cuyos extremos irían desde el sueño hasta las emociones más intensas.

En cualquier caso, todos defendían un concepto unidimensional de las emociones en general, es decir, una única dimensión de actividad general donde los indicadores conductuales, subjetivos y fisiológicos correlacionan mutuamente. Esta base teórica hizo, según Woodworth y Schosberg (1954), que se tomara la medida del nivel general de activación como única variable para estudiar las relaciones entre activación y emoción o activación y conducta.

Este concepto unidimensional de activación fue, como se ha descrito anteriormente, plasmado en términos como "rasgo" en las investigaciones llevadas a cabo dentro del campo de la personalidad.

Sin embargo, como reseña Bermúdez (1983), pronto comienzan a surgir discrepancias entre la teoría y los datos que arrojan distintas investigaciones.

Por ejemplo, la teoría defiende que las diferencias en rasgo de ansiedad se traducirán en niveles diferentes de estado de ansiedad en las situaciones que, en general, supongan amenaza o stress para el individuo, pero no en aquellas situaciones que pudiéramos denominar neutras. Los datos de las investigaciones confirman este hecho para determinados tipos de situaciones, pero no para otros. Así, la teoría es ratificada en aquellas situaciones que amenazan al "yo" y que son, por lo tanto, autoimplicativas, (O'Neil, Spielberger y Hansen, 1969; Rappaport y Katkin, 1972; Hodges, 1968; Auerbach, 1973a; etc) pero no en aquellas situaciones que suponen una amenaza física (Katkin, 1965; Hodges y Spielberger, 1966; Hodges, 1968; Auerbach 1973b; etc.).

Hemos querido resaltar con estos trabajos que son los mismos autores los que en sus investigaciones ven como la teoría es refrendada en unas situaciones pero no en otras, es decir, observan que la teoría que, por un lado, avalan tiene ciertas limitaciones, ya que sólo puede explicar un determinado rango de fenómenos pero no da cuenta de otros tantos.

También, en otra línea, comienzan a surgir críticas en primer término por estudios experimentales que repetidamente encontraban correlaciones bajas o, incluso en algunos casos nulas, entre las medidas fisiológicas, conductuales y subjetivas de activación, e incluso entre los distintos índices o respuestas dentro de un mismo sistema, el fisiológico.

Como señala Van Toller (1979), en los años setenta hay un nuevo resurgir del interés de teorías periféricas sobre la emoción.

Siguiendo la línea periferalista, los estudios experimentales sobre activación fisiológica y aprendizaje de respuestas emocionales ponen énfasis en el sistema nervioso periférico, particularmente en el sistema nervioso autónomo, defendiendo que esta activación no se limita a proporcionar el aspecto energizador de la conducta emocional de forma indiferenciada como postulaba Cannon, sino que cumple una función importante en los aspectos cualitativos y direccionales de la conducta emocional. Sin embargo, también pusieron en evidencia que los componentes periféricos, por sí solos, no pueden explicar la complejidad de la emoción, tal y como postulaban las teorías periferalistas.

1.2.2.2.4. Especificidad: Lacey

Aunque como hemos señalado, el concepto unidimensional de activación fue dominante durante gran parte de nuestro siglo, en concreto hasta la aparición del trabajo de John Lacey en 1967 titulado "Somatic response patterning and stress: Some revisión of activation theory", señalaremos en primer lugar, una serie de trabajos anteriores cuyos resultados aportaban ya, pruebas contrarias a esta concepción.

En estos trabajos se ponían de manifiesto ideas y datos cercanos a los conceptos actuales de especificidad situacional, especificidad individual, estereotipia situacional, estereotipia individual, etc., que más adelante se desarrollarían plenamente como consecuencia de los trabajos de Lacey, entre otros.

El descubrimiento de las dos ramas del sistema nervioso autónomo y de sus funciones antagónicas hizo pensar que algunos trastornos somáticos pudieran deberse al predominio de la actividad de una u otra de estas ramas. Así, Eppinger y Hess (1910) propusieron la existencia de dos tipos de individuos según la predisposición a responder con el sistema simpático o parasimpático: el simpático-tónico y el vagotónico.

Lacey y Lacey (1958) estudiaron respuestas autonómicas en sujetos ante distintas tareas experimentales encontrando que muchos sujetos exhibían un patrón de respuesta idiosincrásico en todas las tareas : algunos sujetos respondían principalmente con elevación de tasa cardíaca, otros con elevación de conductancia o de presión arterial.

Estos resultados apoyaban el concepto de estereotipia individual que supone entre otros elementos que:

-
- Los sujetos difieren entre sí en sus respuestas fisiológicas.
 - El patrón de respuesta de cada sujeto permanece relativamente constante en distintas situaciones.

El campo de las investigaciones sobre responsividad o reactividad psicofisiológica y trastornos psicofisiológicos ha estado orientado básicamente en esta perspectiva.

Otros estudios se centraron en encontrar diferencias cualitativas entre las distintas emociones, al menos a nivel psicofisiológico, asignando un patrón específico de respuesta para cada emoción, aunque en muchos casos la evidencia no haya sido concluyente.

Así, Wolf y Wolf (1947) observaron que durante estados de ansiedad se producían decrementos en las funciones gástricas, mientras que en estados de ira aparecían incrementos en las mismas.

Ax (1953) realizó un estudio en el que observó que en las situaciones de ira, en contraposición con la situación de miedo, se daban mayores incrementos de la presión sanguínea diastólica, de la actividad electromiográfica y de los niveles tónicos de la actividad electrodermal, así como mayores decrementos en tasa

cardíaca. Por el contrario, en la situación de miedo el número de respuestas electrodermales específicas y la tasa respiratoria eran mayores que en la situación de ira.

Wenger, Jones y Jones (1956), propusieron igualmente, diferentes dimensiones cualitativas para diferentes emociones, caracterizadas por distintos patrones de actividad autonómica, o dicho de otro modo, proponían la existencia de patrones de actividad autonómica como intento de identificar patrones específicos de respuesta asociados a distintas emociones:

- Miedo o ansiedad: alta activación del sistema nervioso simpático y baja del sistema nervioso parasimpático.

- Ira: alta actividad tanto del sistema nervioso simpático como del parasimpático.

- Tristeza o depresión: baja actividad tanto del sistema nervioso simpático como del parasimpático.

Dentro de lo que hoy denominaríamos especificidad situacional, podemos observar las diferencias entre las respuestas del reflejo de orientación y de defensa que, según Lacey, corresponde a dos procesos diferentes de atención a

la situación ambiental, uno de aceptación y otro de rechazo, y que provocan diferentes respuestas. Así, Grahman y Clifton (1966), señalaron que la tasa cardíaca reflejaba diferencias entre las respuestas de orientación y de defensa, produciendo las primeras cambios físicos decelerativos y las segundas cambios físicos acelerativos de la tasa cardíaca.

Lacey (1967), apoyado en parte por estos y otros múltiples datos empíricos contrarios a las predicciones de la teoría, realizó un análisis crítico de la teoría unidimensional de la activación.

Algunos de los datos que presentó como objeciones fueron (véase Vila, 1985):

- Disociaciones entre los índices de activación conductual y fisiológico.
- Disociación existente dentro de los distintos índices de actividad fisiológica.
- Existencia de patrones específicos de respuestas corporales.
- Presencia de efectos inhibitorios del feedback aferente del sistema cardiovascular al cerebro.

El punto central de su crítica fue la disociación observada entre diferentes índices de activación.

Lacey reconoce que, en algunas ocasiones o condiciones experimentales que fueron objeto de los primeros estudios (estímulos físicos aversivos, tareas intelectuales complejas, etc.), se provocaban respuestas concomitantes. Pero hay otras condiciones experimentales, sobre todo que tienden a provocar respuestas disociadas, que demuestran la independencia de los distintos sistemas de respuesta o activación.

Lacey defendió así el "fraccionamiento direccional" dentro de una concepción multidimensional de la activación, que sugiere la existencia de patrones diferentes de respuesta. Siguiendo esta línea numerosos estudios han investigado los patrones de respuesta asociados a diferencias tanto situacionales como individuales.

Wenger realizó estudios con niños y adultos (ver Wenger y Cullen, 1972) y obtuvo diferencias significativas en el balance autonómico en función de condiciones situacionales inductoras de ansiedad y de la presencia o ausencia de trastornos psicósomáticos. Sin embargo, hay que señalar que también descubrió la existencia de patrones autonómicos mixtos en muchos sujetos y, que por lo tanto, no existía un claro predominio del sistema nervioso simpático

o parasimpático, sino que se encontraban simultáneamente valores elevados en algunas medidas del sistema nervioso simpático y parasimpático, pero no en otras.

Estos resultados son ejemplo de fraccionamiento direccional dentro del sistema nervioso autónomo que sugieren la existencia de patrones de respuesta dentro de un mismo individuo.

"Estereotipia situacional" y "Estereotipia individual" son términos definidos por Lacey y Engel que constituyen conceptos básicos en este campo. El primero hace referencia al hecho de que estímulos o situaciones específicas tienden a producir patrones específicos de respuesta ante ese estímulo o situación. El término de "Estereotipia individual" hace referencia al hecho de que diferentes estímulos tienden a producir un mismo patrón de respuestas en un determinado individuo (Engel, 1972).

En definitiva, todos estos hallazgos y problemas que se van planteando se dirigen hacia una misma línea: el concepto de unidimensionalidad va dejando paso a formulaciones bidimensionales (Eysenck, 1967; Routtemberg, 1968; Vanderwolf y Robinson, 1981) ; tridimensionales (Lang, 1968; Gray, 1982) y multidimensionales (Lacey, 1967).

1.2.2.3. Teoría Tridimensional de Lang

Sin duda, una de las teorías que con más fuerza se ha ido imponiendo es la Teoría Tridimensional de Lang (1968) que sostiene que las emociones se manifiestan en un conjunto de respuestas que se ordenan en tres categorías: cognitivas, fisiológicas y conductuales o motoras. Este concepto se plasmará en lo que se denomina finalmente "triple sistema de respuestas" (Lang, 1971).

La ansiedad, definida en estos términos, engloba una serie de respuestas que suponen una combinación de reacciones cognitivas, fisiológicas y motoras producidas por un estímulo identificable, que incluiría tanto estímulos cognitivos, como fisiológicos y/o ambientales.

Los tres sistemas de respuesta pueden ser delimitados de la siguiente forma (Bellack y Lombardo, 1984):

- Reacción cognitiva plasmada en forma de sentimientos de terror, amenaza de catástrofe inminente, experimentada como desórdenes de pánico o desórdenes de ansiedad generalizados.

- Respuesta fisiológica asociada generalmente con un incremento de la actividad del Sistema Nervioso Somático o del Sistema Nervioso Autónomo

como resultado de una activación del Sistema Nervioso Central o de la actividad neuroendocrina mediada igualmente por el Sistema Nervioso Central. El incremento de la actividad de la rama simpática del Sistema Nervioso Autónomo producirá cambios cardiovasculares, aumento de la actividad electrodérmica, del tono músculo-esquelético y del ritmo respiratorio.

- Respuestas motoras como resultado del arousal fisiológico y de "cogniciones de miedo".

Esta teoría se fundamenta en la escasa correlación que existe entre los tres sistemas de respuesta (Lang y Lazovik, 1963; Lang, 1968) y señala la necesidad de utilizar el término ansiedad especificando el sistema al que hace referencia.

Señalemos finalmente que, ante la evidencia de la escasa correlación, no faltaron voces críticas hacia el concepto de ansiedad, sosteniendo que no podía ser válido un constructo con escasa correlación entre sus diferentes dimensiones.

1.2.2.3.1. Desincronía y Fraccionamiento

Al hablar de la escasa correlación entre los tres sistemas de respuesta, o entre los distintos índices de un mismo sistema, es necesario hacer referencia a

dos conceptos: fraccionamiento y desincronía.

El fraccionamiento se refiere a la no concordancia entre índices en un momento puntual. Dicho de otro modo, este término hace referencia al hecho de que, al evaluar los tres sistemas de respuesta de un sujeto, no reflejan todos ellos el mismo nivel de activación; también es empleado para referirse a la falta de concordancia entre los distintos índices de un mismo sistema de respuesta.

Sin embargo, la desincronía guarda relación con el nivel de arousal, refiriéndose a la no covariación de los diferentes índices cuando se modifica o varía dicho nivel.

En su relación con los niveles de activación, Hodgson y Rachman (1974) encuentran que un elevado nivel de arousal incrementa la sincronía, mientras que un bajo nivel de arousal la disminuye.

La importancia de estos fenómenos es tan grande que justifica la distinción de los tres sistemas de respuesta, poniendo en entredicho la utilidad de un constructo unitario como el de activación, al menos en su concepción clásica.

Ante la evidencia contradictoria, muchos autores defienden la

especificidad fisiológica de las emociones (Ohman, 1987; Thompson, 1988) mientras que para otros muchos es difícil mantener la idea de un patrón fisiológico específico para cada emoción (Schmidt-Atzert, 1985; Mandler, 1988). En cualquier caso, una u otra postura no restan importancia a las críticas al concepto de activación general, y como se ha ido señalando, para dar explicación a muchas cuestiones entran en juego paulatinamente las variables cognitivas.

1.2.2.4. Teorías Cognitivas

Como se ha señalado anteriormente, en este segundo período que se inicia a partir de los años 60, el concepto de ansiedad sufre una serie de profundos cambios. En esos cambios va a influir de forma sustancial el papel que van adquiriendo las variables cognitivas.

La ansiedad desde la perspectiva conductista era producto de las influencias del ambiente. Con la psicología cognitiva se va a poner énfasis en los procesos gracias a los cuales el individuo evalúa y responde a los estímulos que provienen del ambiente.

Los experimentos de laboratorio y la práctica clínica han puesto de

manifiesto la importancia de la relación entre determinados procesos cognitivos y las conductas de ansiedad.

La relación entre ansiedad y cognición se ha estudiado desde dos polos de un proceso. Por un lado, se ha estudiado cómo los procesos cognitivos pueden desencadenar una reacción de ansiedad; por otro, cómo los estados de ansiedad modifican distintos procesos cognitivos e interfieren en la conducta (Cano, 1989).

Desde la primera perspectiva, se desarrollan las primeras teorías cognitivas de la ansiedad. Se crean conceptos como valoración, atribución, etiquetado, interpretación, etc, que hacen referencia a procesos que se llevan a cabo sobre la situación; se comienza a tratar los contenidos cognitivos y sus representaciones en proposiciones, imágenes, esquemas, etc; se habla de disposiciones individuales como las creencias, las expectativas, los valores, etc. Son modelos que postulan los procesos cognitivos como origen de la reacción de ansiedad pero que no suelen diferenciarla de las respuestas cognitivas de dicha emoción.

Desde la segunda perspectiva se estudia la influencia de la ansiedad en los procesos cognitivos. En este sentido lo cognitivo haría referencia a conceptos como memoria, juicio, razonamiento, toma de decisiones, etc.

Diferenciar estas dos líneas es harto complejo ya que las personas experimentan ambos fenómenos de forma indiferenciada y, en cualquier caso, es un problema conceptual que dificulta la integración de los datos que se van obteniendo.

Centrándonos en la primera línea de investigación realizaremos un breve recorrido por diferentes teorías de la ansiedad, que integran en sus formulaciones elementos cognitivos, aunque el papel o la importancia que se les dé a los mismos es muy diferente. Su eje común será, en prácticamente la totalidad de los casos, considerar a la ansiedad como una respuesta o output postcognitivo. Es decir, para que se de la respuesta de ansiedad es preciso que anteriormente se de un conocimiento, interpretación y/o una valoración del objeto o de la situación, fruto de una serie de procesos cognitivos.

Las primeras teorías que integran elementos cognitivos surgen partiendo desde posiciones de activación general (Schachter, 1966; Mandler, 1975). Intentan resolver el problema dando importancia no sólo a la activación autonómica, sino a la actividad cognitiva (atribución causal, etiquetado) que será la responsable de la cualidad de la emoción, pero no de su intensidad.

En la línea de la especificidad, Lazarus y Folkman (1986) defenderán la diferenciación de las emociones, no sólo a nivel cognitivo por medio de

procesos como la valoración cognitiva, sino también la diferenciación a nivel psicofisiológico, a partir de dicha valoración cognitiva. Por tanto, las teorías de la valoración sostienen que los procesos cognitivos de valoración de la situación y de las capacidades de afrontamiento determinan no sólo la cualidad, sino también la intensidad emocional.

Por su parte, las teorías neurológicas sobre la emoción que van surgiendo posteriormente, intentan integrar los aspectos neurológicos y cognitivos, como la Teoría de Arnol (1970), quien define la emoción como la tendencia afectiva de aproximarse a algo evaluado como bueno o alejarse de algo evaluado como malo.

Así, el acento principal recae en el proceso de evaluación cognitiva del estímulo, que determina tanto la emoción como la acción adaptativa del organismo.

Comienzan así a tener relevancia los modelos teóricos que intentan integrar, desde un punto de vista psicológico, los componentes cognitivos (centrales) y los somáticos y autonómicos (periféricos) de la emoción.

Veamos algunos ejemplos representativos de modelos que integran componentes cognitivos en sus formulaciones : Schachter, (1972); Mandler,

(1975); Spielberger (1972); Lazarus, (1968); Lang, (1978).

Schachter y Singer (1962), sostienen que los resultados de su experimentación confirman la importancia conjunta de los factores fisiológicos periféricos y los factores cognitivos en la conducta en la experiencia emocional.

Para Schachter (1972), determinadas situaciones poseen claves relevantes para la emoción. Pero estas claves, por sí solas, no pueden generar una reacción emocional, sino que se precisa además que el organismo esté fisiológicamente activado. Los procesos cognitivos (interpretación cognitiva) son la atribución del estado de activación a las claves ambientales relevantes para la emoción y, el etiquetado final se realiza tras la percepción de la activación fisiológica como causada por la situación. Los procesos cognitivos determinan la cualidad, mientras que la intensidad dependerá del grado de activación fisiológica.

Aunque también hay que reflejar las críticas que se hicieron a los datos finales del experimento, Strongman (1978) sostiene que el experimento demuestra que la emoción está influida por procesos cognitivos y activación fisiológica, pero esto no implica necesariamente que dependa de ellos.

Mandler (1975, 1980), también defiende el arousal autonómico como reacción inespecífica y difusa del organismo, que supone un requisito previo

para la reacción emocional determinada, cuya cualidad estará determinada por el significado que a la situación concreta dé el sujeto. Pero, para Mandler, la actividad cognitiva no representa únicamente el etiquetado de la situación, y por ello propone el análisis del significado de la situación, concepto que se acerca en mayor medida a la valoración cognitiva de Lazarus. Uno de los fenómenos que para Mandler produce activación autonómica es la interrupción de planes de conducta (Mandler, 1975).

Sostiene que la ansiedad surge ante la interrupción de una secuencia de conductas planificadas y organizadas. En ese momento se produce un estado de arousal que, a su vez, se convierte en indefensión y ansiedad si el individuo no puede realizar conductas sustitutivas adecuadas que completen la secuencia interrumpida.

La teoría Rasgo-Estado de Spielberger, si bien no debe ser considerada como una teoría claramente cognitiva, como se ha señalado anteriormente, introduce algunos elementos que podemos denominar cognitivos ya que propone que los estados de ansiedad surgen por la valoración de la situación que el sujeto está viviendo como amenazante.

Spielberger (1972c) considera que la ansiedad es un proceso en el que la valoración cognitiva se da tras el estímulo externo (o interno) estresante y

precede a las respuestas de ansiedad.

Así, la valoración cognitiva es el elemento clave en la génesis de la respuesta de ansiedad pero también se sugiere, como elemento importante en el proceso de control de la ansiedad, la reevaluación cognitiva que tiene lugar tras la puesta en marcha de procesos de ajuste (defensas psicológicas) para anular o reducir los estados de ansiedad.

En paralelo con los trabajos de Spielberger encontramos un autor, Lazarus, que junto a una serie de colaboradores elabora su teoría sobre el stress y/o la ansiedad (1966, 1967, 1969, 1977, 1986). Podemos considerar a Lazarus como el primer autor claramente cognitivo y precursor de toda una línea de investigación sobre la ansiedad y las emociones en general que se ha ido desarrollando hasta nuestros días y que está claramente inmersa en la línea del enfoque teórico cognitivo. Es necesario aclarar que Lazarus apenas utiliza el término ansiedad, sino que utiliza en su teoría continuamente el término stress. Aunque existen diferencias que se tratarán más ampliamente en el siguiente capítulo, en el desarrollo de esta teoría de Lazarus emplearemos el término stress como equivalente al concepto de ansiedad (como ocurrirá en la mayor parte de las investigaciones en esta área).

El esfuerzo de Lazarus y sus colaboradores ha sido uno de los más

importantes para delimitar la relación entre condiciones antecedentes, reacciones emocionales y evaluaciones cognitivas.

En su primera aproximación, Lazarus describe el stress como estímulo y como respuesta; como estímulo, el stress es definido como circunstancia externa a la persona que le supone demandas extraordinarias o inusuales (Lazarus, 1969). Como respuesta, Lazarus indica cuatro tipos principales de reacción que pueden utilizarse generalmente como indicadores de stress:

1. Autoinformes de emociones disfóricas como miedo, ansiedad, ira, etc.
2. Conductas motoras.
3. Cambios inadecuados del funcionamiento cognitivo.
4. Cambios fisiológicos.

Su teoría se caracteriza principalmente por centrarse en el elemento puramente psicológico del stress. Elabora el concepto de amenaza al que atribuye dos propiedades:

- Poseer un carácter anticipatorio, es decir hacer referencia a expectativas negativas de futuro.
- Depender de procesos cognitivos.

En cuanto a la respuesta de stress, distingue cuatro elementos:

- Antecedentes.
- Mediadores psicológicos.
- Modos de expresión de enfrentamiento.
- Respuestas específicas de enfrentamiento.

Las condiciones antecedentes corresponden tanto a la situación (con sus diferentes variables) como al sujeto (rasgos de personalidad, creencias, estilo cognitivo, etc). Ambos elementos determinan la evaluación cognitiva que hace el sujeto del estímulo. Si dicho estímulo es valorado como amenazante, el sujeto responderá poniendo en práctica sus habilidades de afrontamiento. Dichas habilidades pueden ser de dos tipos:

- Acción directa: caracterizadas por ser principalmente de tipo motor y estar encaminadas a la eliminación del peligro o a la consecución de un refuerzo positivo.
- Procesos intrapsíquicos: fundamentalmente de naturaleza cognitiva y destinados a la resolución del conflicto.

Ambos modos de afrontamiento se concretan en respuestas específicas

como la huida, el ataque, la inacción, etc.

A modo de resumen, y sin olvidar las enormes diferencias en sus enfoques, podemos decir que estas dos importantes teorías (Spielberger y Lazarus) comparte el postulado básico de la génesis de los estados de ansiedad a partir de procesos cognitivos de valoración y el postulado de regulación del nivel del estado de ansiedad, por medio de procesos de reevaluación de la situación, afrontamiento y distintas formas de defensas psicológicas.

Existen otros modelos sobre la ansiedad que incluyen en sus formulaciones elementos cognitivos. Dichos modelos provienen de líneas muy diferentes pero hemos de destacar que todos comparten un supuesto común: la aparición de un estado de ansiedad depende de una serie de procesos cognitivos.

Sarason (1985) defiende que el componente cognitivo de la ansiedad incluye las creencias personales, las construcciones, las asunciones y las expectativas acerca de cómo funciona el mundo y sobre nuestro papel en él. Las características personales incluyen residuos de experiencias personales anteriores, autoevaluaciones de las habilidades personales y habilidades de afrontamiento. Los individuos ansiosos parecen estar especialmente preocupados por los pensamientos acerca de sus capacidades personales en

relación a la demanda. Esta preocupación activaría emociones que interfieren con la percepción y valoración de la situación, haciendo que esta aumente en cuanto a su nivel de amenaza.

Un tipo de cognición relevante para los trastornos de ansiedad es el pensamiento sobre los propios procesos corporales, ya que esta actividad cognitiva incrementa a su vez la activación fisiológica.

Sarason (1978, 1984, 1985) ha estudiado especialmente la ansiedad de prueba o ansiedad de evaluación elaborando para ello la Escala de Ansiedad de Prueba (T.A.S.). Los dos aspectos fundamentales de la ansiedad de prueba serían la preocupación y la activación fisiológica, los cuales interfieren con el rendimiento.

Hemos querido reflejar, sin extendernos demasiado, como las variables cognitivas entran con fuerza en las teorías sobre las emociones, con un denominador común: para que se dé una emoción es necesaria, además de la situación estimular, la existencia de una serie de procesos cognitivos mediadores, anteriores a la emoción en sí misma.

Resaltemos en último lugar, de forma muy breve, dos autores contrarios a esta línea.

Zajonc (1980, 1984) defiende una posición contraria a la necesidad de un procesamiento cognitivo previo a la emoción, defendida por modelos como el de Lazarus, Spielberger o Mandler, que suponen la existencia de una valoración previa a la situación, lo que conlleva la existencia de un proceso cognitivo aunque éste no sea consciente.

En su misma línea, Izard (1972) argumenta que es altamente improbable que se de una valoración sin haberse producido previamente algún tipo de interacción entre cognición y emoción. Para Izard y Blumberg (1985) los modelos de la valoración no pueden explicar la ansiedad que surge de la interacción entre el estado de necesidad fisiológica y la emoción, los conflictos entre emociones, o la interacción de necesidades, emociones y cogniciones.

Para Izard la ansiedad, como cualquier emoción, puede estar mediada o elicitada no sólo por factores cognitivos, sino también por disparadores innatos, mecanismos homeostáticos, impulsos e incluso por otras emociones.

Izard (1971, 1972) entiende junto con Blumberg (Izard y Blumberg, 1985) que la ansiedad es una combinación variable e inestable de emociones básicas que interactúan entre sí. Su inestabilidad depende del tiempo, las personas y las situaciones. Además, esas emociones básicas pueden variar en calidad e

intensidad. Este autor sostiene que la experiencia subjetiva aparece tras la expresión facial emocional, por medio del feedback de los músculos faciales. Sin embargo, no existe una expresión facial característica de la ansiedad, hecho por el que Izard se refiere a la ansiedad a nivel subjetivo, como esa mezcla de emociones.

En general, aquellos autores que critican los modelos cognitivos de la ansiedad, se basan en el mismo fundamento que Izard, es decir, en el hecho de que para que se de una emoción no es necesario, como defienden los modelos cognitivos, una serie de procesos cognitivos anteriores a la emoción.

Hemos querido, no obstante, hacer un repaso muy general que incluyera tanto algunas teorías que introducen, dentro de su concepción de la ansiedad o de las emociones en general, elementos cognitivos, como modelos claramente cognitivos de ansiedad, o incluso autores que, procediendo de líneas muy diferentes, dan relevancia por distintos motivos a las diversas variables cognitivas.

Como conclusión, la mayor contribución del enfoque cognitivo ha consistido en desafiar la concepción de la ansiedad como E-R, basada en un marco de trabajo mecanicista de causa-efecto, haciendo que éste quede anticuado. Siguiendo a Delprato y McGlynn (1984), el enfoque cognitivo de la

ansiedad afirma que los eventos mentales intervienen entre el reconocimiento de una señal aversiva y la respuesta ansiosa.

Estímulo señal → Procesos de mediación cognitiva → ansiedad

En resumen, las formulaciones cognitivas que suponen, como hemos visto, un gran paso sobre las formulaciones conductuales, dan una gran importancia a la cognición y, en última instancia, al individuo como un agente activo.

Dichas formulaciones comparten en mayor o menor grado cuatro supuestos básicos:

1. Las expectativas de peligro median las respuestas de ansiedad.

Ciertas condiciones actuarán como señales anticipatorias de peligro o daño. Esta expectativa de peligro producirá la aparición de respuestas de ansiedad o estados de ansiedad.

El proceso sería el siguiente:

Señal → Expectativas de peligro → ansiedad

En condiciones de condicionamiento aversivo el proceso sería:

E.C. → Expectativas de E.I. → ansiedad

2. El condicionamiento clásico aversivo no es ni necesario ni suficiente para producir ansiedad.

Una expectativa de peligro generadora de ansiedad puede desarrollarse sin necesidad de un condicionamiento aversivo previo. Esta expectativa no se desarrollará al menos que ocurra el apareamiento EC-EI siendo el sujeto "consciente" de su relación contingente.

3. Las expectativas de peligro pueden generarse a partir de tres procesos de aprendizaje distintos.

Tanto el condicionamiento clásico, como el aprendizaje observacional y la transmisión de información contribuyen a la aparición de expectativas de peligro (Carr, 1979). Los efectos de los tres procesos actuarían como mediadores de la expectativa de peligro.

4. La magnitud de la ansiedad covaría con la probabilidad subjetiva de peligro.

Las variaciones en el grado o intensidad con que la ansiedad ocurre reflejan variaciones en los procesos cognitivos mediacionales. De esta forma, una débil expectativa de peligro, o una baja probabilidad subjetiva de peligro, dará lugar a un nivel de ansiedad poco intenso; mientras que una expectativa fuerte dará lugar a una ansiedad intensa.

CAPITULO II:

STRESS

2.1. ¿ANSIEDAD Y/ O STRESS?

Como ha quedado reflejado en el primer capítulo, el término ansiedad es un concepto complejo y difícil de definir por abarcar dentro de él concepciones y líneas de trabajo muy diferentes. Con él, los distintos autores han hecho referencia a elementos muy diferentes que hemos ido recogiendo a lo largo del primer capítulo.

En relación al término stress y su definición, encontramos una problemática similar o quizá, a nuestro juicio, aún más compleja. Al igual que con el concepto de ansiedad, intentaremos en las siguientes páginas abordar las diferentes líneas, elementos y componentes que se han agrupado bajo el término de stress a lo largo de su historia.

El campo se complica más aún, si tenemos en cuenta que con mucha frecuencia, estos dos términos tan "complejos" han sido empleados como sinónimos o términos intercambiables.

Para Endler (1988) el concepto de stress se superpone al de ansiedad y los dos términos se han utilizado frecuentemente de forma intercambiable. Lazarus y Folkman (1986), más partidarios del uso del término stress, señalan: "Los libros continúan apareciendo con títulos en los que el término ansiedad

sustituye al de stress, o bien se utilizan ambos términos, reflejando así la tendencia a confundirlos (Sarason y Spielberger, 1975; Spielberger y Sarason, 1975; Spielberger 1966, 1972)" (Lazarus y Folkman, 1986, pág. 29). Estos mismos autores, al hacer un recorrido histórico por el concepto de stress, refieren que autores como Freud, Dollard y Miller, May, Taylor, Spence o Spielberger entre otros, utilizaron, según su punto de vista, el término ansiedad en lugar de stress.

Vemos por tanto, cómo muchos de los elementos que han sido recogidos bajo el concepto de ansiedad, van a ser integrados bajo el concepto de stress. Esto es, en muchas ocasiones nos vamos a encontrar con el mismo elemento de estudio conceptualizado de forma diferente y proveniente de campos distintos pero que, en última instancia, sigue refiriéndose al mismo hecho.

Por ejemplo, en los estudios de psicofisiología, se ha venido utilizando preferentemente el término stress de forma conjunta, englobando en él la reacción o patrón de respuestas que se define o conceptualiza como ansiedad en otros campos.

Sin embargo, aunque en muchas ocasiones stress y ansiedad son términos intercambiables, en otras hacen referencia a conceptos diferentes.

Los investigadores que han trabajado con el concepto de stress ponen mayor énfasis en los aspectos fisiológicos y consideran la ansiedad como el puro sentimiento subjetivo asociado al distress, junto con otros como intranquilidad y agresividad (Walcher, 1975). Por el contrario, desde la perspectiva actual de la ansiedad, tal y como puntualizan Ansorena y cols. (1983), debemos considerar que todas aquellas alteraciones asociadas al distress forman parte del componente fisiológico y motor de la respuesta ansiosa, junto con el componente cognitivo (ideas, expectativas, sentimientos de carácter negativo o disfórico, etc.).

En otros muchos casos, la ansiedad, junto con otras reacciones emocionales como ira o depresión, es considerada como una reacción ante eventos estresantes (Taylor, 1986).

Lazarus en 1966 conceptualiza la ansiedad como una emoción de stress, en oposición a emociones de tono positivo como el amor o la alegría. Otras emociones de stress incluyen la ira, la depresión, la culpa y los celos. De acuerdo con Lazarus (1966), las emociones de stress incluyen tres grandes componentes: afecto subjetivo o experimentado, acción o impulso hacia la acción, y cambios fisiológicos.

Bensabat (1987) describe a la ansiedad como una expresión corriente del

stress. Sostiene, así mismo, que la ansiedad y el estado de stress crónico se confunden. Así, para este autor, "la ansiedad es una causa de stress y el stress crónico es una causa de la ansiedad" (pág. 56).

Spielberger (1972) sugiere que los conceptos de stress y miedo pueden utilizarse para indicar fases temporales diferentes de un proceso que lleva a la evocación de una reacción de ansiedad. Spielberger (1976) sugiere que el término stress debería denotar las propiedades objetivas de los estímulos de una situación y el término miedo debería referirse a la percepción de la persona de una situación como peligrosa para ella. Ambos elementos llevarían finalmente a la reacción de ansiedad.

Ya en 1964, Cofer y Appley señalaron que el término stress se había apropiado de un campo previamente compartido por varios conceptos. Según estos autores, parecía como si los investigadores que hasta entonces trabajaban en conceptos relacionados (ansiedad, conflicto, frustración, trastornos emocionales, traumas, alienación...) decidieran sustituirlos por el de stress, aunque continuaran en su misma línea de investigación.

Bellack y Hersen (1977), relacionando ambos términos, señalan que la ansiedad es un estado del organismo caracterizado por la emisión de respuestas fisiológicas y motoras que se corresponden con aquellas asociadas al distress y

que van acompañadas de la percepción cognitiva de este peculiar estado del organismo como negativo y disfórico, atribuyéndose tal estado, en la mayoría de los casos, a la existencia de un estímulo percibido como potencialmente nocivo.

Vemos, a grandes rasgos, cómo los términos ansiedad y stress se solapan en algunas ocasiones, o al menos son utilizados de forma arbitraria, mientras que en otras circunstancias, bajo perspectivas concretas, son términos distintos.

En cualquier caso, quizá la mejor forma de clarificar la diferencia o semejanza entre ambos términos sea hacer un recorrido por el concepto de stress como hemos realizado con el concepto de ansiedad.

2.2. EL CONCEPTO DE STRESS

En la actualidad, el término stress se encuentra ampliamente extendido por muy diversas áreas del conocimiento científico y popular; podemos encontrarlo en el campo de la salud, en la economía, la política, los negocios, en el campo de la educación, etc.

Para poder entender el término "stress" en toda su amplitud, se hace necesario considerar algunos aspectos históricos de su nacimiento.

Sin que su uso sea sistemático o científico, se encuentran referencias del término stress ya en el siglo XIV siendo utilizado para expresar dureza, tensión, adversidad o aflicción (Lumsden, 1981).

Dentro del ámbito de las ciencias, el término stress surge en el contexto de la Física, donde de forma general hace referencia a una fuerza o peso que produce tensión o deformación en distintos materiales.

En una aproximación más detallada, stress es utilizado en la Física como una fuerza generada en el interior del cuerpo, como consecuencia de una fuerza externa (load), y que produce tensión o deformación (strain) en distintos materiales (Hinkle, 1977).

En el ámbito de la Salud, el término stress se introduce en 1936 de la mano de Hans Selye, haciendo referencia a una respuesta general del organismo ante cualquier estímulo estresor o situación estresante. Con él se definía un conjunto coordinado de reacciones fisiológicas ante cualquier forma de estímulo nocivo, reacción a la que Selye denomina Síndrome General de Adaptación.

Desde esta concepción, el stress no era una demanda ambiental, a la que Selye denominó estímulo estresor, sino un grupo universal de procesos y reacciones orgánicas originados como respuesta a la demanda.

Por tanto, cuando Selye retoma el término de la Física, ajustándolo a las Ciencias de la Salud, stress no hace referencia al estímulo, sino que describe la respuesta que el organismo da a dicho estímulo. En 1956, Selye define stress como la suma de cambios inespecíficos del organismo en respuesta a un estímulo o situación estimular.

Selye distingue entre stress fisiológico y emocional, sosteniendo que el mismo patrón de respuesta fisiológica ocurre ante todos los estímulos de stress, aunque admite la posibilidad de que algunos rasgos de ese patrón sean específicos para ciertos estímulos, pero eso sí, siendo variables inducidas situacionalmente sobre una base común biológica (Selye, 1975).

Este modelo de Selye es seguido por aquellos que relacionan la enfermedad con los cambios vitales y la adaptación conductual a dichas demandas, pero dejando al margen el carácter displacentero de esos fenómenos, o su asociación con emociones como la ira, el temor, la inquietud, etc. (Dohrenwend y Dohrenwend, 1974; Holmes y Masuda, 1974; Holmes y Rahe, 1967).

En esta misma línea, Ansorena y cols. (1983) definen el stress como una respuesta no específica y generalizada que se desencadena a nivel bioquímico ante diferentes situaciones estimulares o estímulos aislados que alteran o perturban la homeostasis del organismo. Esta definición, como puede observarse, resalta la no especificidad de la respuesta de stress, cuyas manifestaciones bioquímicas y fisiológicas son idénticas, independientemente de la intensidad con que se producen y los estímulos que las desencadenan.

Otro elemento sobre el que Selye (1956, 1980) hace hincapié a la hora de estudiar el stress, es el hecho de que el stress puede implicar tanto aspectos positivos como negativos, agradables como desagradables. Entran así los conceptos de Eustress y Distress. Según la concepción tradicional del término, el stress es una reacción muy antigua filogenéticamente hablando, sin la cual el organismo no puede sobrevivir. Es por tanto un proceso benéfico para el organismo que ejerce una función protectora (Dührssen y cols., 1965). En este

sentido es posible referirse al stress como Eustress. Sin embargo, un exceso de reacción de stress o una reacción de larga duración nos acercaría al concepto de Distress.

Las variables operativas asociadas a la situación de distress, que resultan típicamente alteradas, son múltiples: inapetencia, sudor, cansancio general, pérdida del sueño, trastornos del sueño (Gänshirt, 1975), presión y dolores vasomotores de cabeza (Bochnik y Schwarz, 1975), molestias cardíacas, sensaciones de opresión en el pecho, dolores de espalda, alteraciones gastrointestinales, etc.

Siguiendo la línea de Selye, Bensabat (1987) propone que el buen stress (eustress) es todo aquello que causa placer, todo lo que se quiere o que se acepta y que está en armonía con el medio ambiente y la capacidad de adaptación, mientras que el mal stress (distress) es todo aquello que disgusta, todo cuanto se hace a pesar nuestro, en contradicción con uno mismo, su medio ambiente y su propia capacidad de adaptación.

En los dos casos existe una respuesta biológica de adaptación y secreción de hormonas para adaptarse. Pero biológicamente, el buen stress puede convertirse en mal stress si supera el nivel propio de adaptación del sujeto y por tanto provoca una respuesta biológica característica del mal stress. Todo

dependerá en parte de la forma en que se perciban e interpreten los acontecimientos. Como señala Selye: "Lo que importa no es lo que nos sucede sino la forma como se recibe" (ver Bensabat, 1987, pág. 29).

Siguiendo esta línea centrada en la respuesta fisiológica, el nivel óptimo de stress es la dosis de stress, biológicamente necesaria en cada individuo, para que funcione de manera armónica en las condiciones óptimas compatibles a sus posibilidades de adaptación. Es un nivel variable de un individuo a otro, dependiendo de factores como su herencia, su perfil psicológico, su educación, su estado de salud, su forma de vida, etc.

Si nos apartamos de la dosis óptima de stress, éste se convierte en distress y exige una adaptación del organismo por encima de las normas fisiológicas, tanto en el plano biológico como en el físico y el psicológico. Por debajo del umbral óptimo, el organismo está subestimulado; es un reposo nocivo que se traduce en mal stress.

El buen stress, por tanto, es el stress en el que la respuesta de adaptación está a la altura de la demanda y en el que aquella se consume físicamente. Por el contrario, el mal stress es el stress en que la respuesta de adaptación está desequilibrada y es disarmónica, excesiva o insuficiente con relación a la demanda y en el que la energía no se consume sino que se queda almacenada.

No obstante y a pesar de esta distinción, los modelos e investigaciones sobre stress se han centrado preferentemente en lo que según esta diferenciación sería el concepto de distress.

Frente a las concepciones de activación general iniciadas y defendidas por Selye, aparecen distintas variantes de la teoría de la especificidad, como alternativa a su modelo. La definición de stress se complica entonces enormemente puesto que estas teorías no se limitan a afirmar la existencia de distintos patrones de respuesta neurofisiológica para los distintos estímulos que generan stress, sino que proponen la necesidad de identificar vínculos entre los distintos estímulos que generan stress y las reacciones emocionales y de afrontamiento hacia ellos.

Por toda esta disparidad de elementos, el problema de encontrar una definición de stress, se va complicando. Pero el problema se agrava si tenemos en cuenta que posteriormente a Selye, el término stress además de referirse a una respuesta, ha sido utilizado con otros significados, haciendo referencia a diferentes dimensiones:

- A la respuesta fisiológica y/o psicológica del organismo ante sucesos particulares (Mason 1971; Selye, 1973, 1975, 1976; Burchfield, 1979).

- A circunstancias ambientales que interfieren la actividad normal del organismo (Kollar, 1961; Whitney, 1962; Appley y Trumbull, 1967; Kagan, 1971; House, 1972).

- Como denominación global del campo de estudio que examina los procesos por medio de los que se adaptan los organismos a los sucesos perturbadores (Lazarus, 1971; Mechanic, 1974; Averil, 1979).

- Haciendo referencia a los efectos de la exposición repetida o prolongada a dichas situaciones.

- Como un término genérico referido a un área de investigación (Paterson y Neufeld, 1989).

Todas estas aportaciones o concepciones diferentes se agrupan bajo el concepto de stress promoviendo su auge, al tiempo que un buen grado de confusión.

Según Lazarus y Folkman (1986), se pueden destacar cinco acontecimientos que fomentaron el interés por el stress:

1. El resurgimiento del interés en materia psicosomática, que conlleva

cambios sustanciales en la forma de abordar el stress y la enfermedad.

En este campo, Selye aportó la convicción de que los factores sociales y psicológicos eran realmente importantes para la salud y la enfermedad. Por otro lado, la psicofisiología y la medicina variaron su punto de vista sobre la enfermedad, aceptando la idea de que la vulnerabilidad hacia la enfermedad es un factor tan importante como la acción del agente externo (bacteria, virus o accidente traumático). Se despierta el interés por la respuesta inmunitaria, y se amplía con ello, el concepto de "psicosomático" desde un grupo de dolencias específico, como las úlceras o la hipertensión, hasta el concepto general de que toda enfermedad podría tener en su etiología procesos de naturaleza psicosocial, siempre dentro de un sistema multicausal.

2. La preocupación por las diferencias individuales a la hora de responder ante el stress.

En el campo del rendimiento, fueron muchos los autores que defendieron la ley universal de Yerkes y Dodson (1908) que sostenía una correlación en forma de U invertida entre ansiedad o stress y rendimiento; sin embargo, numerosos estudios iban poniendo de manifiesto que no se podía predecir el rendimiento por simple referencia a los estímulos estresantes y que para pronosticar el resultado había que contar con las diferencias individuales en

cuanto a la reacción a ese estímulo estresor. La importancia de los factores personales fue cobrando fuerza, induciendo cambios en la formulación del problema del stress.

3. El desarrollo de una terapia conductual dirigida al tratamiento y la prevención de la enfermedad, y con un interés creciente en el estudio de determinados estilos de vida que conllevan riesgo para la salud.

4. El crecimiento de la psicología evolutiva y su perspectiva experimental del curso de la vida, que se va interesando de forma creciente, sin abandonar al niño y al adolescente, por el individuo adulto y los problemas de la vejez. Surgen con fuerza, por ejemplo, investigaciones sobre el stress en las transiciones de los distintos períodos de edad.

5. Una preocupación cada vez mayor por el papel de los aspectos ambientales o socioecológicos en los problemas del hombre.

Esta línea ha remarcado que el stress depende, en parte, de las demandas sociales y físicas del entorno en que se desarrolla la conducta humana.

La investigación más actual sobre el stress, al igual que la centrada en el estudio de la ansiedad, coinciden en señalar que la forma en que las personas

percibimos, interpretamos y tratamos de hacer frente a las situaciones juega un papel más relevante, que las situaciones en sí, para evocar respuestas de stress.

Esta nueva posición será la defendida, por ejemplo, por los modelos de activación cognitiva propugnados entre otros por Schachter y colaboradores (Schachter, 1964; Valins, 1966; Schachter y Singer, 1962, 1979).

Se considera que un individuo está bajo una situación de stress cuando se demanda de él acciones o conductas que le son difíciles de realizar. Por tanto, para que se genere stress son importantes, no sólo las demandas del medio (situación) sino también los recursos del individuo para hacer frente a dichas demandas (Lazarus y Folkman, 1984). Introduciendo así variables cognitivas, el stress vendría determinado tanto por las demandas del medio (externo o interno) como por la forma en que el sujeto percibe su capacidad de respuesta a dichas demandas (Bandura y cols., 1985).

Como vemos, igual que en el caso de la ansiedad, stress comienza a ser un constructo que hace referencia a tan variados elementos que incluso surgen críticas sobre el valor de un término que no se sabe muy bien a qué hace referencia.

Ante este hecho, en 1966 Lazarus sugiere que el término stress sea tratado

más bien como un concepto organizador, en el que caben un amplio grupo de variables y procesos.

En esta línea, creemos, que un modelo completo de stress tendría que abordar tanto los distintos niveles de respuesta de stress, como las situaciones que generan dicha respuesta, así como las características del sujeto.

Ahora bien, si aceptamos este hecho debemos ser consecuentes en el sentido de adoptar una estructura sistemática que examine los distintos procesos, elementos y resultados relevantes para aclarar en la medida de lo posible el confuso término.

Comenzaremos centrándonos, en primer lugar, en el stress definido como un estímulo o situación (estresor o situación estresante), sus características, clasificaciones, etc.

En segundo lugar nos centraremos en el stress como respuesta. Siguiendo los planteamientos tridimensionales haremos una separación, entre respuestas fisiológicas, motoras y cognitivas, sin olvidar que es una separación artificial pero de utilidad pedagógica y estructural, pues las tres dimensiones de la respuesta se encuentran estrechamente unidas y mantienen continuos sistemas de relación o feedback entre ellas; no olvidemos que el organismo funciona

como un todo integrado en el que las distintas respuestas tienen efectos sobre las demás y a su vez éstas sobre las primeras.

En tercer lugar, por un desarrollo lógico derivado de los puntos anteriores, nos centraremos en lo que podemos llamar planteamientos S-R o modelos interactivos.

Por último, pero en estrecha relación, nos centraremos en las características del sujeto, las variables intervinientes y cognitivas.

2.2.1. SITUACIONES

El stress se ha definido, casi siempre, como un estímulo o como una respuesta. Las definiciones en las que se le considera como un estímulo se centran en acontecimientos como los desastres naturales, las enfermedades, el despido laboral, etc. Esta consideración asume que las situaciones son objetivamente estresantes, sin tener en cuenta las diferencias individuales.

La respuesta de stress, depende en parte de las demandas de la situación y en parte, como veremos más adelante, de las características del sujeto, de la forma en que interpreta la situación, de sus habilidades, de sus recursos, de la forma de comportarse. Por ello determinar de forma objetiva el valor estresante de una situación es una tarea muy difícil, por no decir imposible, ya que este valor va a depender, en gran parte, de cómo sea percibida cada situación por cada persona.

Partiendo de esta clara limitación, vamos a hacer referencia en este punto a la situación estresante, al estresor, centrándonos para ello, en las características que suelen compartir dichas situaciones, en cuáles son los elementos que convierten una situación en estresante, o en los parámetros que las definen.

Elliot y Eisdorfer (1982) atendiendo principalmente a la variable tiempo,

señalan cuatro tipos de estresores:

a. Estresores agudos limitados en el tiempo tales como un salto en paracaídas, esperar una intervención quirúrgica, etc.

b. Secuencias estresantes o series de acontecimientos que ocurren durante un período prolongado de tiempo como resultado de un acontecimiento inicial desencadenante, como por ejemplo, la pérdida de empleo, un divorcio, el fallecimiento de un familiar próximo, etc.

c. Estresores crónicos intermitentes como pueden ser las visitas periódicas a familiares con los que mantenemos una relación conflictiva, problemas sexuales, etc. Son eventos que se dan con periodicidad mensual, semanal o incluso diaria.

d. Estresores crónicos como una incapacitación permanente, discusiones constantes con la pareja, un ambiente laboral estresante. Este tipo de estresores se caracterizan principalmente por dilatarse en el tiempo.

Así mismo y atendiendo a parámetros de cualidad y cantidad, pueden identificarse diferentes tipos de estresores o demandas, a saber, crónicos y agudos. Mahl (1949, 1952, 1953), señala, en esta línea, que el aumento de

secreción gástrica se produce sólo en el estado de stress crónico.

En una línea diferente, introduciendo variables personales, Everly (1989) distingue dos tipos de estresores:

a. Psicosociales: Estímulos o situaciones que se convierten en estresores por la interpretación cognitiva individual.

b. Biogénéticos: Situaciones estimulares que se convierten en estresores por su propia capacidad de producir en el individuo cambios bioquímicos o eléctricos que disparan de forma automática la respuesta de stress, independientemente de la interpretación cognitiva del sujeto sobre la situación (un calor excesivo, un ruido intenso, etc.).

Lazarus y Cohen (1977) refieren tres tipos de acontecimientos que típicamente son inductores de stress:

a. Cambios mayores que afectan a un gran número de personas, que son considerados como estresantes de forma universal y situados fuera de nuestro control (desastres naturales, guerras, encarcelamiento...). Son hechos que pueden prolongarse en el tiempo (encarcelamiento, guerra) o que ocurriendo de una forma súbita (terremoto) el efecto físico y psicológico puede extenderse en el

tiempo de forma prolongada.

b. Cambios mayores que afectan sólo a una persona o a un grupo no numeroso de personas. Entre ellos podían destacar la muerte de un ser próximo, una amenaza de la propia vida, una enfermedad incapacitante. En algunos casos estos acontecimientos pueden estar determinados por el propio individuo, como en el caso de un divorcio, el ser padres, realizar un examen, etc.

Para la medición de este tipo de estresores se usan frecuentemente las escalas de medida de estresores personales o cambios vitales (life-change). El primer instrumento de medida fue desarrollado por Holmes, Rahe y sus colegas. Inicialmente desarrollaron el Schedule of Recent Experience (SRE) que incluye 43 eventos de cambio de vida. Posteriormente, reformularon dicha escala creando El Social Readjustment Rating Scale (SRRS), que puede ser considerada la precursora de las escalas de este tipo (Holmes y Rahe, 1967). Los items incluyen tanto sucesos positivos como negativos (muerte del cónyuge, vacaciones). Esta escala ha sido muy fructífera en las investigación sobre relación entre stress y enfermedad. Sin embargo son varias las investigaciones que recogen importantes limitaciones en este sentido (Redfield y Stone, 1979; Billings y Moss, 1982; Radmacher y Sheridan, 1989), ya que este tipo de escalas no tiene en cuenta los recursos de resistencia al stress que poseen los sujetos, por lo que un mismo acontecimiento no tiene porqué suponer el mismo grado

de stress para todos los sujetos. Intentando suplir estas lagunas, han sido elaboradas escalas alternativas. Sarason, Johnson y Siegel (1978) desarrollaron un "Life Experience Survey" (cuestionario de experiencias de vida), que evalúa tanto experiencias positivas como negativas, y que proporciona valores individualizados del impacto que pueden causar los acontecimientos.

c. Los estresores diarios son ese cúmulo de pequeñas cosas que pueden irritarnos o perturbarnos en un momento dado. Aunque estos acontecimientos o estímulos sean experiencias menos dramáticas en intensidad que los cambios mayores, son por el contrario mucho más frecuentes, y quizá por ello, más importantes en el proceso de adaptación al medio y de conservación de la propia salud.

La Hassless Scale es a menudo utilizada como medida de este tipo de estresores (Kanner, Coyne, Schaefer y Lazarus, 1981). Comparada con las escalas de eventos de vida esta escala puede ser un buen predictor de síntomas fisiológicos y psicológicos (Kanner y cols, 1981; Banks y Gannon, 1988). No obstante muchos investigadores han señalado que esta escala puede dar lugar a confusión ya que muchos de los estresores son a su vez síntomas (Dohrenwend, Dohrenwend, Dodson y Shrout, 1984).

Para Bensabat (1987) existen tres grandes causas de stress:

a. Factores psicoemocionales: la frustración, las situaciones de coacción, la insatisfacción, el tedio, el miedo, la decepción, los celos, la envidia, la timidez, el no lograr un éxito, dar vueltas a las cosas, las emociones intensas (buenas o malas), la muerte, la enfermedad de un pariente cercano, el fracaso, la quiebra, los problemas conyugales, los cambios frecuentes en el medio ambiente, el insomnio, etc.

b. Factores físicos: el hambre, la enfermedad, el agotamiento, el frío, las altas temperaturas, los cambios climáticos repetidos, la polución, el ruido, el trabajo nocturno (desequilibrio del ritmo biológico), etc.

c. Factores biológicos: alimentación (sub o sobre): exceso de azúcar sobre todo azúcares refinados, exceso de grasas, sobre todo de grasas animales, exceso o insuficiencia de proteínas, exceso de sal, exceso de café, tabaco, alcohol, insuficientes minerales y vitaminas, etc.

Pero ante todo, este autor, resume la causa del stress en el cambio: "El stress es la enfermedad del cambio, cambio rápido o excesivo que obliga a adaptarse constantemente" (Bensabat, 1987, pág. 44). Sostiene además que los cambios deseados y preparados causan menos stress que los cambios imprevistos, bruscos y sobre todo sucesivos.

Dejando al margen el contenido o significado de la situación, Lazarus y Folkman (1986) exponen las características que suelen presentar las situaciones que generan stress; según su modelo, serían aquellas que más influyen sobre el proceso de valoración.

A. Propiedades formales de la situación

1. Novedad de la situación: referida a la experiencia previa que se ha tenido con la situación. Esta experiencia no tienen porqué ser directa, sino que puede inferirse a partir de información indirecta. Por ello, son escasas las situaciones completamente nuevas, ya que es fácil encontrar relación de semejanza con situaciones ya conocidas. Una situación nueva puede resultar estresante cuando existe una asociación previa con daño o peligro, pudiéndose convertir entonces la novedad en una fuente de amenaza. Además, una situación nueva es ambigua y requiere una inferencia para su interpretación. Cuanto mayor sea la inferencia requerida, mayor será la probabilidad de error, y probablemente mayor será el grado de amenaza, e incertidumbre.

2. Predictibilidad: Implica la posibilidad de aprendizaje o descubrimiento de determinadas características ambientales. La experimentación se ha realizado principalmente con animales; las conclusiones apuntan al hecho de que la estimulación predecible genera menor estado de tensión que la no predecible.

Sin embargo extrapolar estos datos al hombre no es del todo riguroso, ya que dejamos al margen la mediación cognitiva, crucial a la hora de explicar las diferencias individuales de stress.

3. Incertidumbre del acontecimiento: Es la influencia que puede tener sobre la valoración la probabilidad de ocurrencia de un acontecimiento. El término incertidumbre introduce la noción de probabilidad, pero probabilidad subjetiva en la que los procesos cognitivos influyen de forma decisiva. Las circunstancias naturales de incertidumbre máxima son muy estresantes y es necesario tener en cuenta, en estos acontecimientos, un importante proceso mediador que afecta al stress: la forma en que el individuo afronta el fenómeno que le produce la incertidumbre.

B. Factores temporales:

1. Inminencia: Se refiere al tiempo que media antes de la aparición de un acontecimiento. La disminución de la inminencia puede llevar consigo un proceso de valoración más complejo. Al disponer de más tiempo, el individuo desarrollará distintas estrategias de afrontamiento que influirán en las posteriores reevaluaciones.

2. Duración: Referido al periodo de tiempo durante el que tiene lugar un

acontecimiento estresante. En principio se supone que a mayor duración, mayor stress. Sin embargo hay que tener en cuenta el concepto de habituación, que hace referencia a la disminución de las respuestas (conductuales o fisiológicas) que se da como consecuencia de la repetición de los estímulos, pudiendo aparecer también como resultado del afrontamiento cognitivo: el sujeto aprende a afrontar o a evitar el agente estresante.

3. Incertidumbre temporal: Se refiere al desconocimiento sobre el momento en que tendrá lugar un acontecimiento concreto. Será estresante sólo en casos en los que existan señales de amenaza que informen sobre la inminencia del acontecimiento.

Ambigüedad: Es característica de la mayor parte de los acontecimientos que se dan en la vida real. Cuando la información necesaria para la evaluación de una situación es poco clara o insuficiente, la configuración del entorno es ambigua. Cuanto mayor es la ambigüedad, más factores personales determinan la importancia de la situación para el individuo. En la ambigüedad van a influir de una u otra manera todas las características antes citadas: la incertidumbre temporal (¿cuándo va a ocurrir?), la duración (¿cuánto va a durar?), etc.

2.2.2. RESPUESTAS

Las definiciones que consideran al stress como una respuesta del organismo, que han prevalecido en ciencias como la medicina o la biología, se centran en el estado de stress del propio organismo.

Desde este enfoque, el stress es una respuesta automática del organismo ante cualquier cambio ambiental, externo o interno, mediante la cual se prepara al organismo para hacer frente a las posibles demandas que se generen como consecuencia de la nueva situación. Esta respuesta tiene como finalidad general facilitar el responder y hacer frente a la nueva situación, poniendo a disposición del organismo recursos excepcionales, básicamente un importante aumento en el nivel de activación fisiológica y cognitiva. Así el organismo puede percibir mejor la nueva situación, interpretarla más rápidamente, decidir qué conducta llevar a cabo y realizarla de la forma más rápida e intensa posible. Cuando las demandas de la situación se han resuelto, cesa la respuesta de stress y el organismo vuelve al estado de equilibrio (Labrador, 1992).

Al igual que en la ansiedad, en el estudio del stress son muchos los investigadores que ven la necesidad de diferenciar entre distintas respuestas: verbales o subjetivas, motoras o expresivas y fisiológicas (Lacey, 1967; Leventhal, 1970; Graham, 1972; Lang, 1977).

Respuestas fisiológicas: en las que se engloba a las distintas respuestas del organismo dirigidas a regular su equilibrio interno: sudoración, aceleración o decremento del ritmo cardíaco, aumento o disminución del tono muscular, aumento de secreción de distintas sustancias en sangre, modificación de ondas cerebrales, alteración de la secreción salival, cambio en los niveles de consumo de oxígeno, etc.

Respuestas motoras: hacen referencia a las conductas que lleva a cabo el organismo con la finalidad de modificar el medio. Estas conductas son generalmente observables.

Respuestas cognitivas: Incluyen los pensamientos, las imágenes, ideas, sentimientos, creencias, las actitudes, etc.

Siguiendo este triple sistema, las respuestas que desencadenan las situaciones de stress pueden esquematizarse de la siguiente forma:

- Incremento importante en el nivel de activación fisiológica que produce una disminución general de los umbrales sensoriales.
- Incremento en el nivel de activación cognitiva que permite un

procesamiento más potente, posibilitando extraer más información y una mejor adaptación de la respuesta del organismo al ambiente.

- Incremento en el nivel de activación para preparar al organismo para que pueda emitir de manera rápida e intensa una respuesta que supere la situación. Se observa incremento en la actividad del sistema cardiovascular (tasa cardíaca, presión arterial, resistencia periférica...), en el tono muscular, en la respiración, etc. Si esta activación fisiológica sobrepasa un punto de resistencia del organismo (bien debido a la intensidad, bien a la duración) puede producirse un colapso o agotamiento.

- A nivel de conductas externas se produce un aumento en el vigor y rapidez con que éstas se emiten. Cuando se sobrepasa un cierto punto, se puede producir una desorganización de las conductas con aparición de tics, conductas estereotipadas y repetitivas, etc.

En la investigación sobre el stress, el sistema de respuesta que, en principio, ha recibido más atención, principalmente en "el laboratorio", ha sido el sistema fisiológico. No podemos olvidar que el primer autor que introduce el término stress en el ámbito de la Salud fue Selye, haciendo referencia a la respuesta fisiológica del organismo. Por estos motivos, entre otros, los investigadores que trabajan en el campo del stress, cuando hacen referencia a

"respuesta de stress", "reacción de stress", "estado de stress", con enorme frecuencia se están refiriendo exclusivamente a la respuesta fisiológica.

Por ello, nos centraremos en primer lugar en la reacción o respuesta puramente fisiológica, para abordar más adelante las respuestas motoras y, por último, los aspectos cognitivos, cuyo estudio se ha enmarcado con frecuencia dentro de los modelos o líneas de investigación que dan importancia a las características del sujeto, a las diferencias individuales en cuanto a la forma de evaluar y percibir las situaciones de stress, así como a la forma de afrontarlas.

2.2.2.1 Stress como respuesta fisiologica

En las páginas que siguen a continuación se presentan dos modelos de stress centrados en las respuestas fisiológicas, que representan dos líneas diferentes de abordaje:

- Activación general: la respuesta fisiológica es de carácter general e inespecífica.
- Activación específica: la respuesta fisiológica es específica y está mediada por características del sujeto.

Con estos dos modelos generales queremos representar o englobar todo un conjunto de investigaciones centradas en el estudio de la respuesta fisiológica al stress, que desde una u otra orientación trabajan con respuestas concretas (sistema cardiovascular, sistema endocrino, sistema límbico, hormonal, etc.).

2.2.2.1.1. Respuesta inespecífica, Selye: el Síndrome General de Adaptación

W. Cannon, a principios de siglo, fue uno de los primeros autores en estudiar las respuestas fisiológicas ante una situación de stress. En un experimento realizado en 1911 observó que si un gato era asustado por la presencia de un perro, sus niveles de adrenalina aumentaban considerablemente; tal efecto parecía ser desencadenado por el Sistema Nervioso Simpático, puesto que se podía eliminar mediante la sección de los nervios esplácnicos.

En 1953, Cannon acuña el término de reacción de alarma para referirse a la reacción fisiológica que se desencadena en los seres humanos ante una situación considerada como peligrosa.

Esta reacción de alarma prepara al organismo para dar una respuesta adecuada (bien de defensa, bien de ataque o huida) por medio de la activación del S.N.A. y de la liberación de hormonas segregadas por la médula suprarrenal (adrenalina y noradrenalina) que se traduce en aumento en frecuencia e intensidad del latido cardíaco, redistribución de la sangre circulante a través de la piel y las vísceras, aumento de la capacidad respiratoria y dilatación bronquial, dilatación pupilar, incremento en la capacidad de coagulación de la sangre y aumento de linfocitos circulantes.

Esta reacción de alarma descrita por Cannon dura pocos segundos, los necesarios para dar la respuesta. Cuando la situación se ha resuelto, se restaura el funcionamiento normal de tales actividades neuroendocrinas mediante la actuación del Sistema Nervioso Parasimpático.

Más tarde, otros autores tratan de estudiar la respuesta fisiológica a largo plazo. Selye será uno de los investigadores que más ha trabajado en esta línea, incluyendo además de las glándulas adrenales y sistema Nervioso Simpático, otras glándulas de secreción interna y sus correspondientes hormonas, para describir el Síndrome General de Adaptación.

Selye (1956), como hemos reflejado anteriormente, utiliza el término de stress, haciendo con él referencia a la respuesta del organismo. Esta respuesta

se centra sobre las reacciones fisiológicas, siendo una respuesta no específica del organismo a cualquier tipo de demanda (Selye, 1976).

Para Selye (1956, 1976, 1980) las situaciones de stress producirán a nivel fisiológico un aumento general de la activación del organismo. Este aumento es denominado Síndrome General de Adaptación.

Cualquier demanda (física, psicológica, buena, mala) provoca una respuesta biológica del organismo idéntica y estereotipada. Esta respuesta es mensurable y corresponde a ciertas secreciones hormonales responsables de las reacciones de stress somáticas, funcionales y orgánicas.

Por tanto el stress es la respuesta de adaptación a unas demandas muy dispares a las que podemos denominar estresores, que se traducen en un conjunto de cambios y reacciones biológicas y orgánicas de adaptación general.

Cuando en la situación ambiental se ha producido un cambio, es necesario adaptarse a él. El organismo manda una señal de alerta nada más detectar el cambio, lo que inmediatamente se traduce en una respuesta de activación. Salvo que el cambio sea excesivamente dramático y produzca colapso o agotamiento, el organismo pondrá en marcha una serie de rutinas dirigidas a solucionar la situación.

Así, ante una situación de stress, el individuo intentará recabar mayor información y procesarla rápidamente. Una vez perfiladas las conductas adecuadas, se pasará a considerar si el organismo es capaz de llevarlas a cabo. Si todos estos pasos han sido efectuados con éxito, se emitirán estas conductas para resolver la situación. Una vez resuelta se disminuirá la sobreactivación. Si ha habido un fallo en alguno de los pasos anteriores, se mantendrá el incremento en la activación para tratar de solucionar con un trabajo más intenso estos problemas. Si aún así no se solucionan, se producirán conductas estereotipadas consistentes en el disparo excesivo de todos los sistemas fisiológicos y cognitivos. Este proceso fue definido por Selye como Síndrome General de Adaptación, (S.G.A.) en el cual, de forma resumida, se distinguen tres momentos:

1. Reacción de alarma: ante una situación de stress el organismo produce una hiperactivación a nivel fisiológico. Si esto permite superar la situación, se pone fin al SGA, si no es así, se pasa a la siguiente fase.

2. Fase de resistencia: el organismo sigue manteniendo la hiperactividad en su intento de superar la situación. Si el esfuerzo sostenido permite alcanzar la solución se pondrá fin al SGA, si no es así se pasará a la tercera fase.

3. Fase de agotamiento: el organismo pierde la capacidad de activación

y desciende por debajo de los niveles habituales debido a la falta de recursos. Si se intenta mantener esta situación, el resultado será el agotamiento total con consecuencias incluso mortales para el organismo.

La rapidez con que se llega al agotamiento viene determinada por la intensidad de las respuestas fisiológicas y las condiciones físicas del organismo.

En el primer estadio Selye propone el mecanismo descrito por Cannon: el estímulo desencadenante activa las vías nerviosas simpáticas que estimulan la médula adrenal. Al ser estimulada acelera la secreción de productos adrenérgicos que ayudan al organismo a enfrentarse a cualquier emergencia, incrementando el riego sanguíneo y los niveles de glucosa en los músculos, corazón y cerebro. Al mismo tiempo se produce un aumento en algunas secreciones hipofisiarias (principalmente la hormona Adrenocorticotropa - ACTH-), lo que provoca a su vez aumentos en la secreción de las hormonas cortico-adrenales, los glucocorticoides, cuya misión es estimular la formación y almacenamiento de glucógeno.

En el segundo estadio actúa principalmente el sistema parasimpático, mientras que la corteza suprarrenal se encarga de la acumulación de los productos secretores que serán utilizados en caso de que la situación persista.

Si la situación se mantiene el organismo entra en el estadio del agotamiento cuyos síntomas son semejantes a los del primer estadio. Es este último estadio aumentan de nuevo las secreciones de ACTH y corticoides a partir de lo cual puede haber una recuperación o, por el contrario, un completo derrumbamiento del sujeto, produciéndose daño glandular irreversible, disminución de todos los mecanismos de protección y en ocasiones la muerte.

Para Selye (1987a) hay stress cuando existe S.G.A. y es causante de stress todo agente que provoca un S.G.A.

A su vez, los efectos del stress sobre el organismo son proporcionales a la intensidad de la demanda y a la duración de la misma, dependiendo de otros factores condicionantes, referidos a aquellos factores que modifican nuestra receptividad a los agentes causantes del stress, y por tanto responsables de que un mismo agente provoque respuestas diferentes en distintos sujetos. Entre estos factores cabe citar los factores hereditarios y los adquiridos y propios de la experiencia de cada individuo: enfermedades anteriores, cualidad de la salud física, mental y afectiva, condiciones pasadas de alimentación, educación, medio ambiente, contexto profesional, conductas determinadas (toma de alcohol, tabaco...). Por ello, aún siendo el stress, por definición, no específico, su mecanismo biológico es siempre idéntico, y el agente causante de stress provoca finalmente unas reacciones generalizadas. Sin embargo, sus efectos son

dependientes, por medio del sistema nervioso y endocrino, de los caracteres específicos del agente de stress de que se trate y, sobre todo, de los factores condicionantes del organismo que determinan el grado de vulnerabilidad. (Selye, 1987b). Esta posibilidad es la que explica, según Selye, que cada individuo reaccione de forma diferente al stress, en razón de las características heredadas o adquiridas.

En definitiva, para muchos autores, el mecanismo biológico del stress es siempre el mismo, pero los resultados varían en función del agente causante del stress y de los factores que condicionan el grado de vulnerabilidad al stress.

Junto al Síndrome General de Adaptación que afecta al organismo en su totalidad, Selye define también el Síndrome Local de Adaptación (S.L.G). Este síndrome caracteriza las manifestaciones de stress en una parte limitada del cuerpo, y es debido a la acción directa del stress sobre un órgano. Varios síndromes locales se pueden producir de forma simultánea en diversas partes del cuerpo, y según su intensidad y su amplitud, pueden provocar el S.G.A. (ver Bensabat, 1987).

2.2.2.1.2. Respuesta específica: Everly, los tres ejes de la respuesta al stress.

La concepción de activación fisiológica indiferenciada y general de la teoría de Selye es el aspecto más criticado por autores como Malmö y Shagass, 1949; Sternbach, 1966; Dalessio, 1972; Mason y cols., 1976; Everly 1978a, Everly 1989), etc., que mantienen que la respuesta ante el stress es específica, dándose patrones psicofisiológicos determinados que tienen lugar después de una estimulación, estando dichos patrones en función de los estímulos y de las predisposiciones individuales del propio organismo.

Uno de los modelos actuales que reflejan esta concepción es el modelo de Everly (1989) que va a distinguir, dentro de la respuesta fisiológica de stress, tres ejes.

Eje I: eje neural.

Ante una situación de stress se provoca de forma inmediata una activación del Sistema Nervioso Simpático, así como un incremento de la activación del Sistema Nervioso Periférico. Bajo ambos sistemas podemos observar aumento de respuestas como el ritmo cardíaco, la respiración, la presión arterial, niveles de glucosa en sangre, tensión muscular, etc.

La actuación de este primer eje es muy rápida. Sin embargo por la propia estructura del Sistema Nervios Simpático, este no puede mantener durante un largo período dicha actividad. La activación se irá reduciendo poco a poco si la situación de stress desaparece. En el caso de que se mantuviera, este primer eje no puede funcionar mucho tiempo a niveles elevados por lo que entraríamos en la activación del segundo eje.

Eje II: neuroendocrino.

Para activarse necesita que las condiciones de stress se mantengan durante un cierto tiempo. Su disparo implica la activación de las glándulas suprarrenales con la secreción subsiguiente de catecolaminas (adrenalina y noradrenalina). Los efectos son similares a los producidos por la activación del Sistema Nervioso Simpático en el eje I, si bien su efecto es más lento pero se puede mantener mucho más tiempo.

La activación de este eje tiene un valor importante de supervivencia ya que prepara al organismo para una intensa actividad corporal con la que responder a una amenaza externa, bien haciéndole frente, bien escapando de ella. Por ello se asocia este segundo eje a lo que Cannon (1915) había denominado respuesta de lucha o huida, consistente en una intensa movilización del organismo para preparar una respuesta muscular ante una

amenaza. Se considera, pues, el eje más directamente relacionado con la puesta en marcha de conductas motoras de afrontamiento a las demandas del medio, siempre que ese afrontamiento implique actividad (enfrentamiento, escape o evitación) (Labrador, 1992).

Este eje se disparará dependiendo de la percepción de la situación por parte del sujeto. Si percibe que puede controlarla (haciéndole frente o escapando) se pondrá en marcha este eje. Si percibe que no puede hacer nada más que soportar la situación de forma pasiva se activará en su lugar el eje III.

Eje III: endocrino.

El eje endocrino se puede subdividir en cuatro subejos:

- Adrenal-hipofisiario: provoca con su activación la liberación de:

- * Glucocorticoides (cortisol y corticosterona).

- * Mineralocorticoides (aldosterona y deoxicorticosterona) que facilitan la retención de sal en los riñones con la consiguiente retención de líquidos; el incremento de depósitos de glucógeno en el hígado.

- * Secreción de andrógenos (testosterona).

- * Puede conllevar en ocasiones la limitación de secreción de catecolaminas.

- El segundo subeje supone la secreción de la hormona del crecimiento (somatotropina), si bien esta función no está clara en cuanto a su papel como respuesta al stress.

- El tercer subeje supone el incremento de la secreción de hormonas tiroideas, principalmente tiroxina.

- Por último, el cuarto subeje conlleva la secreción de vasopresina cuyos efectos recaen en la alteración del funcionamiento renal que supone una elevación de retención de líquidos.

El disparo de este tercer eje es más lento que los dos anteriores pero de efectos más duraderos. Para su disparo requiere de una situación de stress más intensa y mantenida en el tiempo.

Este eje parece dispararse selectivamente cuando la persona no dispone de estrategias o conductas de enfrentamiento a la situación de stress.

Así, Everly, aún centrando su modelo de stress en la respuesta fisiológica, ésta no es de carácter general como propuso Selye, sino que el punto de interés principal de su modelo es el hecho de que la activación de uno u otro eje va a depender, además de las características de la situación (duración, intensidad), de la percepción de la situación por parte del individuo (percepción de control y disponibilidad de estrategias de afrontamiento).

2.2.2.2. Respuestas motoras de stress

Las respuestas motoras hacen referencia a las conductas que lleva a cabo el organismo con la finalidad de modificar el medio. Estas conductas son generalmente observables.

Las conductas motoras básicas ante situaciones de stress pueden ser de enfrentamiento (ataque), huida o evitación y menos frecuentemente pasividad. Las dos primeras implican gran activación fisiológica con una importante liberación de recursos para que el organismo lleve a cabo intensas conductas motoras si es necesario.

La lucha y el escape fueron los modos de conducta de afrontamiento estudiados principalmente por Cannon. Más recientemente otros autores han

estudiado el comportamiento de paralización como ejemplo de respuesta. Gray (1975, 1976) ha sugerido que la inmovilización o paralización ocurre principalmente cuando se avecina una situación de peligro. La huida y la agresión, en cambio, ocurren cuando el daño está presente.

Generalmente las conductas realizadas para hacer frente a las situaciones de stress son conductas específicas para la situación concreta, o conductas más generales para una amplia gama de situaciones. Estas conductas o repertorio de conductas para hacer frente al stress se van adquiriendo por medio de aprendizajes a lo largo de la historia del sujeto. El individuo tenderá a poner en marcha, con más probabilidad, aquellas conductas que en el pasado han sido efectivas para controlar o afrontar las situaciones de stress.

El hecho de disponer de conductas eficaces para hacer frente a la situación dependerá de la historia de aprendizaje personal, por lo tanto de si se ha tenido posibilidad de aprender conductas adecuadas y de si la emisión de éstas en ocasiones precedentes ha sido reforzada. El aprendizaje en edades tempranas es importante para el desarrollo de las conductas de afrontamiento, siendo determinante el ambiente familiar.

Lazarus (1966), en su modelo de stress, hace referencia a los distintos modos de afrontamiento (ver punto 2.2.3.2.).

Uno de los estudios más importantes sobre patrones conductuales o de comportamiento específico ante situaciones de stress son los estudios sobre el patrón de conducta Tipo A., que relaciona una forma concreta de comportamiento con posibles consecuencias a medio y largo plazo, en concreto con el desarrollo de trastornos cardiovasculares. Este patrón conductual es tratado en capítulos posteriores por dicha implicación con los trastornos cardiovasculares.

En cualquier caso, la respuesta motora al stress ha suscitado un menor número de trabajos, en comparación con la respuestas fisiológicas, o los aspectos cognitivos, y en muchos casos es estudiada por su relación con ellos.

2.2.3. VARIABLES COGNITIVAS

La forma en que el sujeto interpreta o valora una situación específica es uno de los principales elementos en el estudio del stress. Dicha interpretación, va a determinar en gran medida, el que dicha situación se convierta en amenazante, el grado en que afectará a la persona, o incluso la forma de reaccionar ante ella. Por ello, más que hablar de respuestas cognitivas de stress, que se producen o son resultantes de la exposición a distintos estresores, debemos hacer referencia, en general, a las variables o aspectos cognitivos del stress y a la influencia de los mismos sobre las situaciones.

Una situación "objetivamente" no estresante puede ser percibida como peligrosa por personas que valoren que es amenazante para ellos. Existe un número de factores que determinan si una situación es o no es percibida como personalmente amenazante. Estos factores incluyen en general, el actual estado del individuo (físico y psicológico), las claves de los estímulos objetivos de la situación, la historia de vida individual o experiencia pasada del individuo en relación con situaciones inductoras de stress, cogniciones puestas en marcha por la situación actual, el sistema de motivación y de valores del individuo, habilidades de afrontamiento y factores inconscientes.

Lazarus es uno de los autores que más se ha centrado en investigar los

aspectos cognitivos y de personalidad relevantes al stress. Inicialmente, Lazarus (1966) estableció que debíamos identificar las fuerzas externas o internas o condiciones estímulares de las reacciones del stress, así como las estructuras intervinientes y los procesos que determinan cuando y de qué manera las reacciones del stress ocurren. Estos elementos serán la clave de las diferencias individuales en el estudio del stress.

Entre los factores que pueden ser considerados como fuente de diferencias individuales en el estudio del stress destacan la percepción de las situaciones, así como la forma de afrontamiento al mismo.

En cuanto a la forma de percibir el stress, hemos del partir del hecho de que lo que para un individuo puede ser percibido como muy amenazante, para otro puede presentar una menor proporción de amenaza, o incluso puede ser percibido por un tercero como no amenazante o neutro (Lazarus, 1966; McGrath, 1970b; Streleua, 1988). Incluso debe ser considerado el hecho de que un mismo individuo perciba con distinto grado de amenaza una misma situación, dependiendo del momento, del período de su vida, o del lugar. Por tanto no sólo han de ser consideradas las diferencias intersujeto, sino también intrasujeto en la forma de percibir la situación.

Una importante consecuencia de la percepción de la situación como

amenazante, independientemente de si la situación es objetivamente amenazante o no, es la elevación del estado de ansiedad o stress.

Para adentrarnos más puntualmente en el concepto de valoración sigamos la teoría cognitiva de Lazarus (1966), quien señala que en la relación individuo-entorno se dan dos procesos fundamentales: la valoración y el afrontamiento.

2.2.3.1. Valoración

La valoración cognitiva es un proceso evaluativo que determina porqué y hasta qué punto una relación determinante entre individuo y entorno es estresante. El afrontamiento es el proceso a través del cual el individuo maneja las demandas de la relación individuo-ambiente que evalúa como estresantes y las emociones que ello genera (Cano, 1989).

Se dan dos procesos de valoración: primaria y secundaria. La valoración primaria supone una valoración de consecuencias positivas o negativas que la situación puede acarrear para el individuo. La valoración secundaria supone un balance de la capacidad del propio sujeto para afrontar la situación.

Pueden darse tres tipos de valoración primaria:

1. Irrelevante: cuando la situación no supone implicaciones para el individuo.

2. Benigna positiva: cuando se percibe que la situación tiene consecuencias positivas para el individuo, preservan, logran o ayudan a alcanzar el bienestar.

3. Estresantes: aquellas que suponen daño o pérdida (el individuo ha recibido ya algún perjuicio), amenaza (daños o pérdidas que se prevén) y desafío (entraña la posibilidad de perder o ganar algo).

La valoración secundaria es una valoración sobre lo que debe y puede hacerse ante una situación determinada. Incluye la valoración de la eficacia de las estrategias de afrontamiento, la posibilidad de aplicar de forma efectiva una estrategia determinada, así como la valoración de las consecuencias de utilizar una estrategia determinada en el contexto de otras interpretaciones y demandas internas y/o externas que podrían ocurrir simultáneamente.

Las valoraciones primarias sobre las implicaciones de una determinada situación y las valoraciones secundarias de las estrategias de afrontamiento interaccionan entre sí determinando la intensidad de la respuesta de stress.

Tras el proceso de evaluación se produce, debido a nuevas informaciones, la reevaluación, que puede a su vez reducir o aumentar la tensión. La reevaluación es un proceso idéntico al de evaluación.

Existe una forma de reevaluación, la reevaluación defensiva que es consecuencia de esfuerzos cognitivos de afrontamiento para reinterpretar una situación pasada de forma más positiva o afrontar los daños y amenazas del presente interpretándolos de forma menos negativa.

Por tanto, en el proceso de evaluación o valoración cognitiva intervienen tanto factores personales como factores situacionales. Las creencias y los compromisos son los factores personales más importantes que afectan a la valoración cognitiva. Los compromisos representan aquello que es más importante para el individuo. Las creencias que más influyen en la valoración son las existenciales y aquellas que se refieren al control personal. Las creencias de control personal pueden a su vez ser generales o situacionales.

Los factores situacionales que más influencia tienen sobre la valoración son la novedad, la predictibilidad, la incertidumbre, la inminencia y la duración.

2.2.3.2. Afrontamiento

En la valoración, o percepción subjetiva de amenaza que presente la situación, el afrontamiento, la forma de afrontar las situaciones de stress, va a ser un elemento importante.

Las situaciones que son objetivamente stresantes pueden ser percibidas como amenazantes. Sin embargo, "...una situación estresante puede no ser percibida como amenazante por un individuo el cual al mismo tiempo, no reconoce el peligro inherente y/o tiene las habilidades necesarias o la experiencia para afrontarlo adecuadamente..." (Spielberger, 1976, pág 5).

El afrontamiento, sus mecanismos, el papel que juega en el stress ha sido desarrollado por muy distintos autores (Lazarus, 1966, 1967; Fenz, 1975; Meichenbaum, 1977; Cox, 1978; Monat y Lazarus, 1985).

Lazarus y Folkman (1986) definen el afrontamiento como los esfuerzos cognitivos y conductuales constatemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son valoradas como desbordantes de los recursos del individuo. Por lo tanto, Lazarus entiende el afrontamiento como un proceso cambiante y específico para cada situación. Es un proceso dinámico debido, en parte, a las continuas evaluaciones y

reevaluaciones que el sujeto lleva a cabo en su relación con el medio.

Por otro lado, Lazarus resalta que el afrontamiento no equivale a dominio de la situación. El afrontamiento más eficaz sería aquel que modificara las relaciones individuo-situación en un sentido positivo. Pueden existir situaciones imposibles de dominar, en las cuales el mejor afrontamiento sería el que hiciera más llevadero aquello que es imposible de dominar, bien minimizándolo, bien aceptándolo o negándolo.

El afrontamiento puede ser de dos tipos, según la función a la que se oriente (Folkman y Lazarus, 1980; Lazarus y Folkman, 1984; Folkman y Lazarus, 1985) :

1. Afrontamiento dirigido al problema: intenta manipular o alterar el problema. Se lleva a cabo con mayor probabilidad cuando la situación es valorada como susceptible de cambio.

2. Afrontamiento dirigido a la emoción: intenta regular la respuesta emocional generada por el problema. Se da principalmente cuando tras la valoración se entiende que no se puede hacer nada para modificar el ambiente.

Lazarus y Folkman, crean en 1980 la escala de Modos de Afrontamiento, que será revisada en 1985. Un año más tarde (Lazarus y Folkman, 1986) derivan por medio de análisis factorial ocho subescalas que reflejan o señalan ocho formas habituales de afrontar las situaciones de stress:

- Confrontación: acciones directas y en cierto grado agresivas para alterar la situación.
- Distanciamiento: esfuerzos para separarse de la situación.
- Autocontrol: esfuerzos para regular los propios sentimientos y acciones.
- Búsqueda de apoyo social: acciones para buscar consejo, información o simpatía y comprensión.
- Aceptación de la responsabilidad: reconocimiento de la responsabilidad en el problema.
- Huida-evitación de la situación de stress.
- Planificación: esfuerzos para alterar la situación que implica una

aproximación analítica a ésta.

- Reevaluación positiva: esfuerzos para crear un significado positivo centrándose en la situación.

El estudio de las diferentes formas de afrontamiento puede ayudar a entender las diferencias individuales frente al stress. Señalaremos entre otras: acciones directas versus mecanismos de defensa, diferencias en los mecanismos de defensa del stress, diferencias individuales en las acciones directas para afrontar el stress o diferencias individuales en el repertorio de estrategias frente al stress (Véase Streleau, 1988).

Schulz y Schönpflug (1982) consideran una forma de afrontamiento inadecuada como la principal condición para que se dé el stress.

Meichenbaum y Turk (1982) consideran diferentes tipos característicos de enfrentamiento a las situaciones de stress:

- Sujetos autorreferentes, que ante una situación de stress se centran en sí mismos preocupados por como les afecta la situación. Al no prestar atención suficiente al ambiente sus conductas no serán adecuadas y padecerán ansiedad.

- Sujetos autoeficaces, que centran su atención en analizar las exigencias de la situación para dar una respuesta adecuada. Estos sujetos logran solucionar la situación sin que se les genere un estado importante de ansiedad.

- Sujetos negativistas, que niegan la existencia del problema. Sus conductas no serán adecuadas, pero no se angustian ni se activan ante las situaciones de stress.

2.2.3.3. Relaciones entre características de personalidad y arousal

En la aproximación al estudio de la valoración cognitiva y del afrontamiento, ocupa un lugar especial la personalidad o los llamados rasgos de personalidad. Como ha sido expresado por Lazarus, " el estímulo situacional es valorado por el sujeto en base a sus características y rasgos de personalidad" (Lazarus, 1967, pág. 164).

Debemos asumir que cuando la situación está muy definida como una situación altamente amenazante, las características de personalidad pueden jugar un papel muy secundario, por ejemplo cuando se es atacado por un perro agresivo y peligroso.

Sin embargo en otras muchas situaciones, más ambiguas, cobran especial importancia las características de personalidad del sujeto. Así, una situación de examen será valorada como más amenazante por aquellos individuos con un alto nivel de aspiración o muy competitivos, y esta misma característica no tendrá ningún peso en otro tipo de situaciones.

Cuanto más clara e intensa sea la situación de stress, menor peso tendrán otros elementos como las respuestas o las características del sujeto; según esa situación se presente más ambigua o menos intensa y definida en cuanto a sus características estresantes, tomarán mayor relevancia las respuestas y las características del individuo, entre otros elementos.

Es muy probable que muchas dimensiones de personalidad relacionadas con la forma de percibir, reaccionar o afrontar el stress, en situaciones concretas, estén determinadas por factores sociales (Mischel, 1969; Endler y Magnusson, 1976). Debemos asumir la importancia que en los factores de personalidad juega el aprendizaje social. Por ejemplo, el hecho de preferir acciones directas o mecanismos de defensa en el afrontamiento puede depender, en parte, de las dimensiones de personalidad que se han ido moldeando a lo largo de la vida del sujeto. El sistema de refuerzo social va a tener una gran importancia sobre los modos de afrontamiento al stress.

La intensidad de los agentes causantes de stress depende, no solamente de los agentes mismos, sino además de la valoración cognitiva, de la intensidad de la estimulación individual específica (nivel de arousal producido), y de la tolerabilidad del individuo o, en sentido inverso, de la vulnerabilidad a los estresores. En estas relaciones, los rasgos de personalidad relacionados con el nivel de arousal tienen una especial trascendencia en la determinación de las diferencias individuales ante el stress.

Bajo elevados niveles de activación o arousal, la tolerancia a los estresores de alta intensidad es reducida. En bajos niveles de arousal se da una disminución en la tolerancia a estímulos de bajo nivel estimular (ejemplo clásico son las situaciones de privación).

La relación entre personalidad y arousal está basado en la asunción de que existen diferencias individuales más o menos estables en el nivel de arousal. Algunos individuos están de forma continuada altamente activados mientras que otros tienen un nivel de arousal crónicamente bajo. En esta línea, Gray (1964) introduce el concepto de arousability o "capacidad para activarse". Según este autor, los individuos caracterizados por alta "arousability", ante un determinado estímulo desarrollarán un mayor nivel de activación que los sujetos de baja capacidad para activarse.

Existen varias dimensiones de personalidad que se relacionan con el concepto de activación. Entre estas dimensiones destacan extraversión-introversión, búsqueda de sensaciones, ansiedad, neuroticismo, activación y reactividad (ver Streleau, 1985, 1987, Streleau y Eysenck, 1987).

Las diferencias en la dimensión de personalidad introversión-extraversión van a estar muy relacionadas con el concepto de arousal, e implicadas de forma importante en las diferencias individuales ante el stress. Los extravertidos estarían caracterizados según Eysenck (1967, 1970) por un nivel bajo de arousal, o una mayor inhibición que los introvertidos, los cuales presentarían un alto nivel de activación de forma regular. Son muchos los autores que han hablado de la relación entre nivel de arousal, valor estimulante de la situación amenazante y respuesta de stress (ej. Lazarus, 1966; Selye, 1975; Lundberg, 1982).

Así, podemos considerar la dimensión extraversión-introversión como un importante codeterminante de la valoración de una situación como amenazante (Streleau, 1988). Para los introvertidos los estímulos de más baja intensidad evocan con mayor frecuencia estados de stress que en los sujetos extravertidos.

Eysenck (1981) ha recogido gran cantidad de evidencias de la relación entre nivel de activación y valor estimulante de la situación, dependiendo del

rasgo introversión-extraversión.

En tanto que el estado de stress está relacionado con el nivel de activación, y éste es uno de los aspectos más estudiados en la investigación del stress, la dimensión de personalidad extraversión-introversión cobra importancia como uno de los rasgos clásicos de personalidad que más interviene en la interacción entre el valor estimulante de la situación percibida como amenazante y en el nivel de activación del individuo.

2.3. MODELOS EXPLICATIVOS DEL STRESS

2.3.1. MODELOS SITUACION-RESPUESTA (S-R)

Hemos visto cómo muchos autores definen el stress bien como un estímulo o como una respuesta. También hemos visto cómo las orientaciones en las que se le considera como un estímulo se centran en acontecimientos como los desastres naturales, las enfermedades, el despido laboral, etc. Esta consideración asume que las situaciones son objetivamente estresantes, sin tener en cuenta las diferencias individuales.

Por el contrario, las orientaciones que consideran al stress como una respuesta del organismo, que han prevalecido en disciplinas como la medicina o la biología, se centran en el estado de stress del propio organismo.

Ambas orientaciones aisladas son limitadas en sí mismas, ya que el estímulo debe considerarse estresante en función de sus consecuencias, y viceversa.

Selye, a lo largo de su trabajo, expone el hecho de que cuando la respuesta del organismo aumenta en intensidad podemos decir que el individuo se encuentra ante una situación de stress. Por tanto si tratamos de definir el

stress haciendo referencia a la respuesta del organismo, tendríamos que identificar la situación generadora de forma retrospectiva, lo que en algunas ocasiones puede llevarnos a conclusiones erróneas (la tasa cardíaca puede aumentar debido al ejercicio físico sin que el individuo esté sometido a stress real). Por tanto, la respuesta no puede juzgarse como reacción psicológica de stress sin hacer referencia al estímulo que la origina (Lazarus y Folkman, 1984).

En definitiva, se puede afirmar que los planteamientos estímulo-respuesta son circulares y no puede entenderse uno sin el otro. Sería más correcto por tanto, al hacer referencia al stress, más que hablar de estímulo y/o respuesta como elementos separados, referirse al binomio estímulo-respuesta. Bajo esta perspectiva integradora, un estímulo es estresante cuando produce una *respuesta de stress, atendiendo a los tres sistemas de respuesta; de la misma forma, una respuesta se considera de stress cuando está producida por un estresor (externo o interno).*

En los estudios del stress, como ocurrió en las investigaciones sobre ansiedad, se va produciendo un aumento gradual del énfasis en las relaciones entre sistemas y la importancia del contexto en el que un fenómeno determinado tiene lugar.

Estamos por tanto ante un marco en el que tanto la situación como la

respuesta son importantes, pero ante todo la clave está situada en la relación entre ambos.

Bajo este prisma, y respecto a la situación, el stress se refiere a demandas externas que exigen o provocan en el sujeto un incremento de la energía fisiológica (activación), un rápido procesamiento de la información interna y externa, con frecuencia consistente en estímulos poco usuales y complejos, y la búsqueda y posterior puesta en marcha de conductas para satisfacer dichas demandas.

Por el contrario, haciendo referencia a la respuesta, podemos señalar que a nivel motor, las respuestas básicas ante situaciones de stress pueden ser clasificadas en respuestas de enfrentamiento y de huida o evitación; ambas implican intensa actividad fisiológica que en el mundo actual raramente son necesarias, siendo más importantes las respuestas cognitivas para hacer frente a la situación de stress.

Sin embargo, a este planteamiento Situación-Respuesta, más rico y completo que los planteamientos centrados sólo en uno de los elementos, debe añadirse otro elemento fundamental: las características del sujeto.

2.3.2. VARIABLES INTERMEDIAS: CARACTERÍSTICAS DEL SUJETO.

Hemos visto diferentes clasificaciones de estímulos que pueden generar una respuesta de stress, bien por el contenido, bien por su frecuencia o duración. Sin embargo, para saber si el organismo dará una respuesta de stress no basta con determinar si una situación es o no estresante. En este esquema, queda un elemento importante por señalar: las características del propio sujeto que pueden determinar la vulnerabilidad del mismo a dichas situaciones. Dicho de otro modo, el identificar un estímulo como estresante o no, está íntimamente ligado a la respuesta que el individuo dé a dicho estímulo. A su vez, esa respuesta está unida a las características del sujeto, responsable de la relevancia y significado que se confiera a la situación.

La mayoría de los psicólogos que investigan sobre el stress están de acuerdo con Lazarus (1966) en que la valoración de la situación percibida sea tratada como una variable importante en la determinación del stress psicológico, y en la posterior consideración de la situación como una amenaza. El proceso de valoración que tiene lugar en el individuo es siempre subjetivo, y por tanto diferente en cada individuo (véase Strelau, 1988). En este sentido, Appley y Trumbull (1967) ya señalaban que, las diferencias individuales se consideran como uno de los más importantes paradigmas en el estudio del stress. "Las diferencias individuales, patrones, estilos de respuesta, tendencias o

predisposiciones, parecen ser la norma más que la excepción en los estudios del stress psicológico" (Appley y Trumbull, 1967, pág 4).

Por tanto, para que una persona esté bajo stress son tan importantes las exigencias del medio ambiente, como las características del sujeto (Dohrenwend y Dohrenwend, 1981).

Las características personales van a determinar:

1. La frecuencia con la que el sujeto está expuesto a situaciones estresantes. El estilo de vida del sujeto determina la probabilidad de aparición de demandas importantes por parte del medio.

2. Las consecuencias que esta exposición puede provocar. A nivel cognitivo la forma en que el sujeto percibe y evalúa las situaciones, considerándolas como relevantes o irrelevantes, competitivas, inocuas, etc., determinará la probabilidad y las formas en que le afectará la situación.

Pero ante todo, y según la perspectiva interactiva, lo que caracteriza a una reacción de stress no es, ni la naturaleza de la situación, ni el individuo y su disposición. Una reacción de stress se produce como resultado del producto entre la disposición psíquica y somática de un individuo y los estresores o

condiciones situacionales (Magnusson, 1982).

Existen dos líneas de investigación que han favorecido una aproximación interactiva a la investigación del stress. Esas dos líneas están representadas por los trabajos de Lazarus y colaboradores, provenientes del campo de la psicología cognitiva, y los trabajos de Endler y colaboradores centrados en el estudio de la personalidad. A continuación presentamos sus modelos dinámicos interactivos del stress.

2.3.2.1. Modelo interactivo de personalidad de Endler

En general, la investigación y la teoría sobre personalidad y en concreto, la investigación y la teoría del stress y la ansiedad, han estado influidas por cuatro modelos: el modelo del rasgo, el modelo psicodinámico, el modelo situacionista y el modelo interactivo (Endler y Magnusson, 1976a y 1976c) (ver cap. I).

Existen dos modelos metodológicos de interaccionismo, los mecanicistas y los dinámicos (Endler y Edwards, 1978; Olweus, 1977; Overton y Reese, 1973).

El modelo mecanicista se centra en la interacción de dos variables

independientes en la conducta emocional (la interacción del rasgo de ansiedad y la situación de stress, determinan los aumentos de los niveles de los estados de ansiedad).

El modelo dinámico se centra recíprocamente sobre la causalidad y el proceso de la interacción. Los individuos no sólo responden a las situaciones, sino que seleccionan alteran e interpretan dichas situaciones y cómo van a interactuar en ellas (Endler, 1983; Lazarus y Folkman, 1984). El modelo de interacción dinámico del stress enfatiza una secuencia del proceso del stress y delinea variables relevantes para el proceso de interacción (valoración de la situación estresante, afrontamiento, persona, situación, variables observables).

El modelo interactivo de personalidad (Endler, 1983) presenta una conceptualización para el examen de las influencias recíprocas de las personas, las situaciones y las reacciones. Las situaciones y las personas interactúan en un proceso dinámico y ambos tipos de variables afectan a la percepción o el significado de la situación y de las reacciones a esa situación. Este modelo también postula que la persona es activa y un agente intencional del proceso, a la vez que concede gran importancia a los factores personales, cognitivos, motivacionales y a las variables emocionales. (ver punto 1.2.2.1.3.).

2.3.2.2. Modelo de interacción dinámico del stress de Lazarus

Lazarus y Folkman (1984) presentan el stress psicológico en términos de la valoración cognitiva de una situación específica como que excede los recursos de afrontamiento de la persona. En este modelo de proceso interactivo la valoración cognitiva es el ajuste y continua reevaluación por parte de la persona de las demandas y las constantes transacciones con el desarrollo y sus recursos para hacerles frente (Coyne y Lazarus 1980). Los procesos de valoración influyen en las reacciones de stress, las respuestas de afrontamiento, las emociones y la adaptación.

Elementos importantes en este modelo son la valoración y el afrontamiento.

La valoración cognitiva y el afrontamiento afectan a la vulnerabilidad psicológica, y por tanto las diferencias individuales que afectan a la valoración y al afrontamiento, afectan a la vulnerabilidad psicológica (Lazarus y Folkman, 1984).

Dentro de las características personales, destacan las creencias y los compromisos, que influyen de forma importante en el proceso de evaluación.

El afrontamiento puede incluso ser más esencial como determinante de la vulnerabilidad al stress que la evaluación. Las variables personales (recursos como la salud y la energía) pueden afectar directamente al afrontamiento.

Lazarus y Folkman (1984) en su definición de stress psicológico hacen referencia a distintos elementos pero ante todo ponen énfasis en la interacción: " El stress psicológico es una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar".

Estos autores consideran que una persona está bajo una situación de stress cuando se demanda de ella acciones o conductas que le son difíciles de realizar. Por tanto, para que se genere stress son importantes no sólo las demandas del medio (situación), sino también los recursos del individuo para hacer frente a dichas demandas (Lazarus y Folkman, 1984). Introduciendo así variables cognitivas, el stress vendría determinado tanto por las demandas del medio (externo o interno) como por la forma en que el sujeto percibe su capacidad de respuesta a dichas demandas (Bandura y cols., 1985).

En definitiva, desde esta línea, el stress es el desequilibrio entre las demandas del ambiente y los recursos de que dispone el organismo para hacerles frente (Holroyd y Lazarus, 1982; Burchfield, 1985).

2.3.3. LINEAS ACTUALES

En la actualidad, se considera que un buen modelo de stress es aquel que abarca los distintos elementos a los que hemos ido haciendo referencia en estas páginas y hace hincapié en la interacción entre los mismos. Es necesario considerar cada elemento, y las relaciones entre ellos (Dohrenwend, 1978; Antonovsky, 1979; Lazarus y Folkman, 1984).

Como ejemplo, Sheridan y Radmacher (1992) en su modelo de stress recogen una gran variedad de elementos: estresor (aquello que supone una demanda para la persona), valoración cognitiva (la forma que nosotros valoramos el estresor y los recursos con que hacemos frente a esas demandas), recursos de afrontamiento, período de reacción corto (*Short-term reaction*: respuesta a corto plazo a las demandas del estresor), recursos de resistencia al stress (todos los recursos materiales, físicos y psicológicos para afrontar el estresor y nuestro período de reacción corto a él), eustress, distress y efectos neutros (como las posibles salidas que pueden resultar de la exposición al estresor. Además señalan como característica principal del modelo la continua interacción entre estos elementos.

Otro aspecto a destacar en las formulaciones actuales sobre el stress, es la relevancia de las diferencias individuales en la reacción al stress.

El significado y la importancia que se conceda a las diferencias individuales en la aproximación al stress, va a diferir dependiendo de la concepción sobre la naturaleza del mismo.

McGrath (1970a) argumenta que no hay lugar para las diferencias individuales en aquellos modelos en que el stress es considerado como un factor externo, como una situación. Incluso si uno considera el stress como una respuesta a los estresores, en la línea de Selye (1956, 1975), el lugar para las diferencias individuales está muy limitado.

Las diferencias individuales cobran importancia cuando el stress comienza a ser considerado como un estado, resultado de la interacción entre la situación y el individuo, incluyendo tanto sus características físicas como sus características psicológicas (McGrath, 1970a; Magnusson, 1982).

Las diferencias individuales además de ser emocionales, motivacionales, experienciales o cognitivas (Endler, 1983), pueden ser debidas a factores genéticos (Singer, 1984) y a factores de aprendizaje, o a la interacción de la persona con el ambiente (Chess, Thomas y Birch, 1976).

Un buen punto de partida, centrado en las diferencias individuales, ha sido desarrollado sistemáticamente por Lazarus (Lazarus, 1966, Opton y

Lazarus, 1967) y aceptado por muchos psicólogos que trabajan en el campo del stress (Appley y Trumbull, 1967; Lacey, 1967; McGrath, 1970b; Chan, 1977; Krohne y Rogner, 1982; Magnuson, 1982).

Aparece entonces con fuerza el término vulnerabilidad, utilizado para referirse al modo en que los estresores influyen diferencialmente sobre los individuos (Garmezy, 1981). La vulnerabilidad está en función de los estresores, de la experiencia previa o el aprendizaje, de factores constitucionales y de factores genéticos o heredados.

Este concepto tendrá una especial importancia cuando nos refiramos a los trastornos psicofisiológicos o en general a todas las enfermedades en las que los factores psicológicos, ambientales y genéticos tengan una especial relevancia.

CAPITULO III:

TRASTORNOS PSICOFISIOLOGICOS

3.1. ¿QUE SON LOS TRASTORNOS PSICOFISIOLOGICOS?

Los trastornos psicofisiológicos, tradicionalmente denominados enfermedades psicosomáticas, han sido definidos generalmente como aquellos trastornos que presentan una clara evidencia de enfermedad orgánica pero en los cuales, una proporción significativa de sus determinantes son de índole psicológica (Maher, 1978).

Desde una perspectiva más actual, los trastornos psicofisiológicos se caracterizan por la existencia de síntomas físicos o disfunciones en varios órganos del cuerpo, estrechamente relacionados con factores psicológicos (Gatchel, Baum y Krantz, 1989).

Los trastornos psicofisiológicos tienden a envolver en su campo de acción, principalmente, al sistema nervioso autónomo, somático y órganos afines: circulatorio, respiratorio, digestivo, etc. (Dimsdale, 1985 ; Gatchel y cols., 1989).

Tradicionalmente, este tipo de trastornos han sido tratados desde una perspectiva médica, haciendo hincapié en los aspectos farmacológicos, nutricionales, etc. Sin embargo, con el auge de la Medicina Conductual y la Psicología de la Salud, han ido cobrando relevancia en el tratamiento una serie

de variables relacionadas directamente con aspectos psicológicos.

Por la compleja relación entre lo físico y lo psíquico, inherente a estos trastornos y cuya línea divisoria es cada vez más imprecisa según avanza la investigación, su diagnóstico es, en muchas ocasiones, una tarea difícil. Los síntomas de los trastornos psicofisiológicos son, con bastante frecuencia, similares a los que se dan en la enfermedad estrictamente orgánica. Por ello, la distinción se basa usualmente en el énfasis otorgado a los aspectos etiológicos.

En sus inicios, la investigación psicosomática ponía su énfasis en el papel de la predisposición psicológica en los procesos etiológicos, es decir, la emoción era la causa de la enfermedad. Sin embargo, son muchos los autores que, como Buss (1966), señalan que los factores psicológicos pueden ser causa necesaria pero no suficiente para la aparición de determinados trastornos. Ressler (1964) señaló que la multicausalidad es normalmente la verdadera etiología, con sus combinaciones entre diversos factores.

Esta multicausalidad, centrada en considerar simultáneamente los factores genéticos, ambientales, psicofisiológicos y, principalmente, el peso de la interacción como elemento de predisposición del individuo a padecer una determinada enfermedad, es el gran mérito de la investigación psicológica actual en este campo.

Sin embargo, dicha génesis plural revierte de nuevo en el hecho de que la línea divisoria entre la enfermedad orgánica y psicofisiológica sea bastante borrosa.

Por ello, la principal regla para diagnosticar un trastorno bajo la etiqueta de psicofisiológico sigue siendo en parte, en nuestros días, el hecho de que tras una completa evaluación médica no aparezca ningún factor orgánico como causa primaria y exista, así mismo, evidencia de que los factores emocionales sean antecedentes o concomitantes de dicha alteración.

Las explicaciones de un trastorno en el campo médico se han centrado principalmente en el plano descriptivo, sin que tengan en sí mismas un buen poder predictivo. Por ello, la principal contribución de la investigación psicosomática a la medicina ha sido proporcionar una explicación retrospectiva o histórica del problema, con la intención de identificar los factores de riesgo de una determinada enfermedad y bajo qué condiciones la persona predispuesta es más vulnerable a su desarrollo.

Pero a pesar de la extensa investigación generada sobre el proceso por el cual los factores psicológicos pueden producir cambios en el funcionamiento orgánico, aún no podemos decir que dicha relación haya dejado de ser confusa.

En la actualidad, la mayoría de los profesionales de la Medicina Psicosomática y Conductual defienden una aproximación etiológica multicausal de la enfermedad, por lo que al describir los trastornos psicofisiológicos no se refieren a un grupo distinto de enfermedades, sino a aquellas alteraciones físicas que son precipitadas, agravadas o prolongadas por factores psicológicos.

En definitiva, actualmente se tiende a asociar la génesis, desarrollo y mantenimiento de los trastornos psicofisiológicos con una pluralidad de agentes, entre los que cabe destacar: la ansiedad, los aspectos ambientales, el estilo de vida, la resistencia del sujeto al stress, factores genéticos, características de personalidad, la ira y/o la hostilidad, factores cognitivos, etc.

No obstante, antes de abordar el papel de los distintos factores en los trastornos psicofisiológicos, hagamos un breve recorrido por algunas de las líneas de investigación o formas de abordaje de los trastornos psicofisiológicos, a las que se debe el nacimiento y el desarrollo del interés científico por este campo. En la exposición, intentaremos seguir una línea cronológica que nos permita una visión integradora y nos ayude a enmarcar la perspectiva actual del estudio centrado en los trastornos psicofisiológicos.

3.2. DISTINTAS FORMAS DE ABORDAJE DE LOS TRASTORNOS PSICOFISIOLOGICOS

Por la propia naturaleza de las enfermedades psicofisiológicas, tradicionalmente denominadas psicosomáticas (término usado preferentemente en medicina), su estudio ha estado y está a caballo entre la medicina y la psicología y, más genéricamente, ha sido punto central de todas aquellas disciplinas que podemos denominar ciencias de la salud.

La creencia de que los factores psicológicos contribuyen a la prevención de la enfermedad y a la promoción de la salud ha sido recogida desde hace milenios en escritos de civilizaciones como la China, la Griega o la Romana. A pesar de esta larga historia de reconocimiento de que los factores psicológicos y/o conductuales pueden afectar a la salud, hasta tiempos más recientes éstos han recibido poca atención por parte de la medicina.

La investigación médica actual realiza rápidos progresos tecnológicos en el ámbito inmunogenético, bioquímico, farmacológico, etc., que le otorgan una mayor capacidad de control sobre la vida y la muerte. Sin embargo, junto a estos avances, ciertos comportamientos aparecen, cada vez con mayor claridad, como los grandes responsables de la salud y la enfermedad.

Diferentes autores (San Martín, 1982; Costa y López, 1986) señalan repetidamente que, entre las diez principales causas de muerte, un elevado porcentaje se encuentran determinadas por factores de conducta.

Siguiendo a Brengelmann (1987) podemos destacar tres puntos de especial interés en la relación entre la psicología y la medicina:

- La época en la que los problemas de salud se enfocaban exclusivamente desde un punto de vista somático está dando paso a una época en la que se utilizan conjuntamente los tratamientos somáticos y psicológicos.
- El tratamiento psicológico no sólo puede aplicarse a los problemas denominados "psicosomáticos", sino también a cualquier tipo de enfermedad.
- Los procesos psicosomáticos y somáticos siguen las mismas leyes que las ciencias naturales, por lo tanto, son verificables a través de métodos similares. Su estudio conjunto permite, en comparación con su análisis por separado, una eficacia en el tratamiento significativamente mayor.

Entre las disciplinas o áreas de trabajo que combinan o relacionan las variables comportamentales o psicológicas con las médicas u orgánicas destacan: la Medicina Psicosomática, la Medicina Comportamental o Conductual y la

Psicología de la Salud. Aunque todas ellas suponen un puente entre la medicina y la psicología, cuyos límites no se encuentran en algunas ocasiones bien definidos, intentaremos en las siguientes páginas delimitar sus campos de acción lo más nítidamente posible.

3.2.1. MEDICINA PSICOSOMATICA

La Medicina Psicosomática ha sido el primer intento serio de investigar en medicina las relaciones entre variables psicosociales y procesos fisiológicos.

El nacimiento del término psicosomático tiene su origen en 1818 acuñado por Heinroth, reflejando el modo de pensar expuesto en la literatura alemana de comienzos del siglo XIX, haciendo referencia con este término a la relación entre procesos psicológicos y estructuras somáticas (Lachman, 1972). Pero hasta la segunda década del siglo XX no comienza a asentarse la idea de que ciertos factores psicológicos son determinantes en la etiología de enfermedades corporales.

La idea de que diferentes factores psicológicos pueden provocar enfermedad ha pasado por una serie de etapas desde Hipócrates y Galeno hasta nuestros días (véase Fuentenebro, Santos, Agud y De Dios, 1990).

En un primer momento, el conjunto de factores etiológicos preferidos por esta línea explicativa eran las emociones. Era una época de desconocimiento médico en la cual, cuando la etiología de la enfermedad era desconocida o de difícil explicación, se recurría fácilmente a la acción de "las pasiones".

En 1833, William Beaumont publicó un estudio que supuso un gran salto conceptual, el paso del modelo basado en hechos casuales y anécdotas a un modelo de estudio empírico y sistemático de correlación psicofisiológica, que se reflejó más tarde en autores como Pavlov y Cannon.

En el período comprendido entre 1930 y 1960, bajo el influjo del psicoanálisis, la Medicina Psicosomática vuelve a abandonar el campo empírico y se sumerge en una línea teórica y epistemológica confusa. Su énfasis quedó reducido a la etiología y patogénesis de la enfermedad física.

Fomentada por las teorías psicodinámicas de Freud y la praxis de autores como Alexander, se ha tratado básicamente de una interpretación de los trastornos psicosomáticos.

Entre las más clásicas hipótesis psicológicas sobre la génesis de estos trastornos destacan, en esta línea, la hipótesis de la emoción específica propuesta por Alexander (1950) y la hipótesis del síntoma símbolo de Garma

(1950).

Alexander propuso la mediación simbólica de los procesos fisiológicos. Defendía que los conflictos psicológicos inconscientes podían desencadenar el mal funcionamiento somático. Tras Alexander, se inició una importante línea de investigación sobre la asociación entre mente y cuerpo. Sus estrategias se basaban en el análisis de pacientes individuales y sus resultados eran difícilmente generalizables. Además, obvia decir que el marco teórico subyacente era psicoanalítico, conllevando la falta de contrastación empírica de dichos conceptos subyacentes. A pesar de ello, se generaron varias hipótesis para ser probadas posteriormente (Weiner, 1977).

Bajo esta perspectiva surgieron conceptos como "neurosis de órganos", y enfermedades como la hipertensión esencial, la úlcera péptica, la artritis reumatoide, el asma bronquial, la colitis ulcerosa, la neurodermatitis, etc., se convirtieron en paradigmas de trastornos psicosomáticos. Autores como Groddeck y Deutsch se refieren a la "conversión" como el concepto que media entre el simbolismo que representa la enfermedad física y el conflicto psicológico.

Las críticas fueron determinantes ante las extrapolaciones que continuamente se hicieron a partir de un número reducido de casos y ante el

continuo desinterés por los mecanismos psicofisiológicos subyacentes.

Grinker (1973), conocido psicoanalista, se distancia de aquellos colegas suyos que niegan toda importancia a la conducta y que sólo dejan valer la "significación lograda introspectivamente". Resalta que las formulaciones psicósomáticas llegaron a ser estereotipos, cada historia personal del enfermo y situación es moldeada por un enfoque especial e interpretación selectiva con la omisión o negación de lo incongruente.

Dentro de la Medicina Psicósomática, y de forma simultánea a las corrientes psicoanalíticas, existen otras perspectivas centradas en el estudio sistemático y científico de la interacción de factores psicológicos y biológicos en la salud y la enfermedad. A través de los años se han realizado una gran variedad de trabajos sobre el papel de la ansiedad y el stress en el desarrollo y evolución de una amplia variedad de enfermedades físicas.

En esta dirección, podemos distinguir dos fases históricas (Lipowski, 1977); una primera entre 1935 a 1960 y una segunda fase que se extendería desde 1965 hasta nuestros días.

1. Primera fase: Se extiende desde 1935 a 1960 y en ella diferenciaremos dos vertientes:

- La aproximación psicobiológica de Dumbor en 1935. Es una aproximación global caracterizada por una investigación clínica que se centra en el estudio de la correlación entre determinados tipos de personalidad y determinadas enfermedades somáticas.

- La segunda vertiente toma como punto de partida los estudios de Pavlov y Cannon y el apoyo de la obra de Wolff (1953) "Stress and Disease", en la que se revisan los conceptos de stress psicológico y la acción de acontecimientos vitales en el desarrollo de la enfermedad. Para Wolff la falta de capacidad del ser humano para responder a ciertas amenazas del entorno es la responsable de su posible vulnerabilidad, conduciéndole a dar respuestas psicofisiológicas no adaptativas y patológicas. Su investigación se centró, así mismo, en el impacto de ciertos cambios vitales, la ruptura de estructuras sociales y la privación de las necesidades básicamente humanas en la salud del individuo. Evaluó las variables psicológicas y fisiológicas, poniendo el acento en las emociones conscientes (dejando al margen las inconscientes) y evitando la extrapolación y la generalización injustificada.

En 1939, la aparición de la revista *Psychosomatic Medicine* marca uno de los hitos históricos de la Medicina Psicosomática. Su objetivo era estudiar las relaciones de los factores psicológicos y fisiológicos sobre las funciones corporales. Desde su aparición, los editores querían dejar claro lo que no era la

Medicina Psicosomática: no equivalía a la psiquiatría, no estaba restringida a un área específica de la patología, no constituía una especialidad médica, y por último, carecía de conexiones con la metafísica o la polémica mente-cuerpo. Su pretensión era aproximarse desde la psicología a la medicina general y sus especialidades; se interesaba por las interrelaciones entre la vida emocional y los procesos corporales e investigaba la correlación de los procesos psicológicos y fisiológicos en el ser humano, constituyéndose como un campo integrado en cada especialidad médica.

Pero bajo una u otra perspectiva, durante este período la Medicina Psicosomática se caracterizó por defender un concepto de causalidad, en donde lo psicológico producía lo somático. Es un concepto simplista y lineal de la génesis de los trastornos, e incompatible con las actuales nociones de enfermedad con etiología multifactorial, en las que la emoción constituye sólo una parte de la reacción psicofisiológica del individuo ante una situación, pero no es la causa única de la reacción.

Progresivamente, por esta razón, la naciente Medicina Psicosomática parecía decaer.

2. Segunda fase: desde 1965 hasta la actualidad.

A partir de mediados de los años sesenta se producen una serie de cambios conceptuales que relanzarán nuevamente a Medicina Psicosomática. Señalemos los más relevantes.

Los estudios en este campo comienzan a ser llevados a cabo con un rigor científico cada vez mayor, con una fiable recogida de datos y verificación de hipótesis, lo que supone el progresivo abandono de las anteriores teorías psicogenéticas especulativas.

Se observa un creciente énfasis en el estudio de los procesos interaccionales, más que intraindividuales, y en los mecanismos mediadores fisiológicos para estudiar el papel de los factores psicosociales que intervienen en la salud y la enfermedad.

Surgen nuevas concepciones de la relación existente entre lo orgánico y lo psicológico. Se comienza a otorgar mayor importancia a la influencia del medio social sobre la salud y la enfermedad, a hacer hincapié sobre el papel que el ambiente social puede desempeñar sobre la morbilidad humana. En esta línea, Engel (1976) desarrolla un modelo integrado "biopsicosocial" de la salud y la enfermedad, como diseño de acción del cuidado de la salud, tomando en consideración al paciente, al contexto social y al sistema asistencial.

Así mismo, influenciadas por el interés en la interacción, aparecen líneas de trabajo centradas en el estudio de los efectos de la enfermedad orgánica sobre el funcionamiento psicológico y su conducta.

En los últimos años se observa un creciente interés por profundizar en las bases biológicas de la conducta normal y anormal, desarrollándose de forma excepcional el estudio de los mecanismos mediadores neurofisiológicos y psicoinmunitarios. Estos mecanismos van a sustentar la conducta humana, van a analizar y canalizar la información que le llega al individuo y van a permitir la respuesta del organismo ante las distintas situaciones.

Debido a ello, una de las líneas de investigación en la clínica se centra en la relación existente entre determinadas características del individuo y la predisposición a ciertas enfermedades. Un ejemplo clásico lo constituyen los trabajos sobre el patrón de conducta Tipo A y su implicación como factor de riesgo de enfermedad coronaria.

Uno de los puntos de mayor importancia y que a su vez auna y resume todos los cambios que se van produciendo, es el afianzamiento de la concepción de la enfermedad psicosomática como de etiología multifactorial. Pero dando un paso más allá, actualmente el énfasis no se reduce a demostrar de forma evidente la etiología y patogénesis de las enfermedades físicas. Su trabajo se

centra en estudiar la interacción de los distintos factores psicosociales y biológicos en el desarrollo de todas las enfermedades.

A pesar de todos estos cambios surgen críticas hacia la Medicina Psicosomática, en relación al importante déficit en la aplicación práctica de las distintas investigaciones y a la falta de desarrollo de procedimientos efectivos de intervención psicológica.

Agras (1982) realizó una revisión sobre los artículos publicados en *Psychosomatic Medicine* y en dos revistas de Terapia de Conducta, durante los años 1974-1976. Encontró que los artículos de *Psychosomatic Medicine* estaban clasificados en su mayoría bajo un tópico clínico. Sin embargo, en las revistas de Terapia de Conducta, el 15-20% de los artículos mostraban estudios de intervención controlada con problemas clínicos, mientras que sólo el 3% de los estudios aparecidos en *Psychosomatic Medicine* eran de este tipo. Se reflejaba una falta de énfasis en el área del tratamiento, lo que conducía a una disociación en este campo, entre el investigador y el clínico.

Sin embargo, autores como Lipowski (1986) señalan que comienzan a desarrollarse múltiples estrategias para la utilización clínica, lo que palía en parte la laguna existente dentro de la Medicina Psicosomática en cuanto al tratamiento. En cualquier caso, creemos que ésta no es una de las líneas

fundamentales de trabajo de la Medicina Psicosomática, sino de otros abordajes que expondremos en los apartados siguientes.

Por tanto, y para resumir, queremos reflejar dos definiciones integradoras de la actual Medicina Psicosomática.

Weiner (1977): La Medicina Psicosomática es una aproximación a la enfermedad que se basa en la hipótesis de que los factores sociales y psicológicos juegan un papel en la predisposición, desencadenamiento y mantenimiento de muchas enfermedades.

Lipowski (1986): La Medicina Psicosomática es una disciplina científica y clínica relacionada con:

a. El estudio de las correlaciones entre factores psicosociales específicos y funciones fisiológicas normales y anormales.

b. El estudio de las interrelaciones entre factores psicosociales y biológicos en la etiología, tiempo de comienzo de los síntomas, curso y pronóstico de la enfermedad.

c. La utilización de una aproximación terapéutica holística (biopsicosocial).

d. La aplicación de métodos terapéuticos psiquiátricos y conductuales en la prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad física.

Esta actual concepción conlleva el abandono de la utilización del término psicósomático para describir enfermedades, síntomas, trastornos, etc., en los que se suponga la intervención en exclusiva de factores psicológicos en su génesis. Con ello se evita una visión dicotómica de la enfermedad, incongruente con la noción actual de etiología multifactorial.

La Medicina Psicósomática actual es una disciplina científica relacionada con el estudio empírico de las interrelaciones biopsicosociales en la salud y la enfermedad. Por ese motivo, según Fuentenebro y cols. (1990) no está determinada por un método específico de investigación sino por la dirección en la que aplica sus conocimientos, es decir, por el nivel práctico de aplicación. Esta aplicación práctica es la responsable de la relación existente entre la Medicina Psicósomática (concretada en la psiquiatría y psicología en el ámbito del hospital) y la Medicina Conductual, constituyendo esta última la aplicación de la Psicología Conductual al ámbito de la medicina (Gentry, 1984) y contribuyendo al desarrollo e integración del conocimiento de las ciencias de la conducta y biomédicas a los programas de salud, así como a la aplicación de este saber a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación (Lipowski, 1986).

Sin embargo, las voces críticas hacia la Medicina Psicosomática siguen estando presentes. Grahman (1979), en un discurso presidencial de la Sociedad Psicosomática, apuntó que la Medicina Psicosomática no había tenido la influencia que se había predicho en los años 40. Agras (1982) puntualiza que este hecho se debe a la ausencia de procedimientos efectivos de intervención psicológica y al hecho de que la investigación en este campo, al menos en su mayor parte, no fue una intervención orientada. Donker (1991) sostiene que la Medicina Psicosomática se planteó una extensa e interesante línea de trabajo, pero nunca ha llegado a cumplir sus promesas, debido principalmente a una falta de estrategias efectivas de investigación e intervención, lo que ha facilitado posteriormente el desarrollo espectacular de la Medicina Conductual. Sin embargo, creemos que dicho desarrollo espectacular no hubiera tenido lugar, en gran medida, sin las aportaciones de la Medicina Psicosomática en sus largos años de estudio e investigación.

3.2.2. MEDICINA CONDUCTUAL

La Medicina Conductual ha experimentado un rápido desarrollo y una creciente aceptación, en un período de tiempo relativamente corto. Quizá debido a este ritmo acelerado, a su naturaleza interdisciplinar y a sus amplias contribuciones, no sólo a la ciencia aplicada sino también básica, exista

confusión acerca del área que debe abarcar esta disciplina y de cuál debe ser la definición de partida.

El término Medicina Conductual es acuñado en 1973 por Birk, empleándolo como sinónimo de la investigación y aplicación de las técnicas de biofeedback en el campo médico : "...esperemos que en medicina podamos ser suficientemente abiertos y flexibles para continuar con posterior investigación básica y clínica, explorando, validando y refinando los diversos usos clínicos del biofeedback, la nueva Medicina Conductual..." (Birk, 1973, pág. 204). Progresivamente se va ampliando el uso del término para describir la aplicación de la terapia de conducta, en su sentido más amplio, dentro de la praxis médica (Blanchard, 1977).

Las definiciones sobre Medicina Conductual han sido muy diversas, si bien, todas ellas van a hacer hincapié en tres puntos fundamentales. Pero veamos primero tres de las definiciones que recogen dichos puntos y en las que se reflejan las definiciones posteriores.

Blanchard, (1977, pág.2): "La Medicina Conductual es la aplicación sistemática de los principios y tecnología de la Psicología Conductual al campo de la medicina, salud y enfermedad".

Schwartz y Weiss (1978b, pág. 250): "La Medicina Conductual es el campo interdisciplinario concerniente al desarrollo e integración del conocimiento y técnicas de la ciencia biomédica y conductual relevante para la salud y la enfermedad, y la aplicación de este conocimiento y técnicas en la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación".

Pomerleau y Brady (1979, pág. xii): "La Medicina Conductual puede ser definida como:

1. El uso clínico de técnicas derivadas del análisis experimental de la conducta (terapia y modificación de conducta), para la evaluación, prevención, entrenamiento o tratamiento de la enfermedad física o disfunción fisiológica.

2. La dirección de la investigación que contribuye al análisis funcional y a la comprensión de la conducta asociada con los trastornos médicos y con los problemas en el cuidado de la salud".

En definitiva, los tres puntos básicos que una definición de Medicina Conductual debe integrar son:

- a. La interdisciplinariedad sistemática.

b. La investigación e intervención con los principios y técnicas de la teoría general de la conducta.

c. Su aplicación en el tratamiento y prevención de la enfermedad y su uso para la promoción y mantenimiento de estilos de vida sanos.

Como conclusión, la Medicina Conductual representa el campo multidisciplinario promovido por psicólogos y médicos, que acentúa el desarrollo e integración de conocimientos y técnicas de las ciencias conductuales y biomédicas, con el objetivo de comprensión, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, además de promover, intensificar y mantener la salud. Nace de la necesidad de una compaginación metodológica de las ciencias biomédica y conductual, como un intento por superar los modos de conceptualización de los problemas entre las dos comunidades científicas (Reig, 1981).

Desde el punto de vista de la medicina, una de las mayores contribuciones es el resurgir del interés por los factores ambientales y psicológicos, así como la importancia de su interacción con los factores fisiológicos y bioquímicos para determinar el desarrollo y el tratamiento de la enfermedad. De algún modo, son los mismos objetivos que se planteó la Medicina Psicosomática, pero que no llegó a desarrollar plenamente. Por ello, podríamos decir que la actual Medicina Conductual es el desarrollo o la

continuación de la Medicina Psicosomática, con el empleo de técnicas más efectivas, tanto de investigación como de aplicación práctica. Como señala Donker (1991), la tradición psicosomática dentro de la medicina ha llegado a un punto muerto.

El marco de trabajo de la Medicina Conductual podemos dividirlo en cuatro bloques (Blanchard, 1977; Pomerleau y Brady, 1979; Epstein y col., 1979; Davidson y Davidson, 1980; Ferguson y Taylor, 1980; Brengelmann, 1981; Reig, 1981; Schwartz y Weiss, 1987a):

a. Intervenciones dirigidas a modificar una conducta observable o respuesta fisiológica problemática como alternativa o complemento a la intervención biomédica.

b. La investigación y modificación de la conducta que favorece o dificulta la adherencia al tratamiento médico o conductual prescrito. Esta adherencia supone, además de la prescripción en sí, otras características del tratamiento como la entrada en el mismo, su continuidad y su finalización.

c. La intervención dirigida a la promoción o modificación de la conducta de las personas implicadas en el cuidado de la salud, con el objetivo de mejorar las prestaciones asistenciales. Este bloque intenta humanizar el tratamiento, la

relación paciente-médico, minimizar el impacto de las hospitalizaciones, adecuar las salas a la puesta en marcha de programas conductuales, etc.

d. La intervención dirigida a la prevención de la enfermedad y a la intensificación y cambio de estilos de vida.

Como se ha ido poniendo de manifiesto a lo largo de este punto, para referirse al desarrollo de la Medicina Conductual, así como de la Psicología de la Salud (que abordaremos seguidamente), no podemos pasar por alto la imprescindible contribución que han supuesto los avances en Psicofisiología y en el campo de la Medicina Preventiva.

3.2.2.1. Aportaciones de la Psicofisiología experimental

La Psicofisiología experimental es el estudio de la relación entre factores fisiológicos y factores psicológicos. Intenta dar explicación a una variedad de procesos conductuales a partir de la interacción de los componentes psicológicos y biológicos (Vila, 1983). De acuerdo con Stern, Ray y Davis (1980), cualquier investigación en la que la variable dependiente es una medida fisiológica y la variable independiente es una conducta o variable conductual, puede considerarse una investigación psicofisiológica.

El objetivo primordial de la evaluación psicofisiológica no es la detección de las respuestas fisiológicas en sí, sino establecer el modo en que afectan las conductas habituales de la persona (sean respuestas cognitivas, motoras o así mismo fisiológicas) a determinadas respuestas fisiológicas. El hincapié ha de hacerse en el establecimiento de esta relación conducta-resultante fisiológico, por lo que lo ideal es que la evaluación psicofisiológica se lleve a cabo en condiciones que no distorsionen o alteren las respuestas fisiológicas en sí, ni las conductas habituales que se intentan asociar a esas respuestas. Pero si bien esto es lo ideal, es a la vez el gran reto y la principal crítica a la Psicofisiología experimental.

La Psicofisiología ha experimentado en las últimas décadas un gran avance, debido principalmente a:

a. La aparición de nuevas tecnologías, el desarrollo en la instrumentación y la puesta en marcha de procedimientos más adecuados para la evaluación de estas respuestas.

b. La ampliación de problemas abordados: cefaleas, hipertensión, asma, insomnio, problemas gastrointestinales y, en general, todos los incluidos dentro de la Medicina Conductual (Matarazzo y cols. 1984).

c. Los avances en cuanto a sus resultados empíricos relacionados con las bases psicofisiológicas de la emoción, motivación, etc.

La Psicofisiología ha utilizado frecuentemente modelos animales en su investigación. El trabajo de Selye sobre lesiones gastrointestinales en ratas es un buen ejemplo (véase Donker, 1991). Selye demostró que varias formas de inmovilización producían lesiones gástricas, dependiendo de la cantidad de control que tenía la rata sobre la condición experimental. A los cambios físicos resultantes de la inmovilización los definió como síndrome de stress.

Estos modelos animales han sido utilizados en el estudio de mecanismos psicobiológicos de la enfermedad cardiovascular, artritis, trastornos gastrointestinales y dolor. Más recientemente se utilizan los modelos animales para el estudio del papel de los factores psicosociales y de aprendizaje en los trastornos del sistema inmunitario.

El incremento del interés en el estudio de las reacciones psicofisiológicas, especialmente en humanos, ha estimulado los avances en la tecnología empleada en Psicofisiología.

La investigación psicofisiológica centrada en la autorregulación de respuestas del Sistema Nervioso Autónomo, ha permitido el enorme desarrollo

del campo del biofeedback clínico, el cual ha jugado un papel de gran relevancia en la implantación de la Medicina Conductual y la Psicología de la Salud. La Psicofisiología ha proporcionado una teoría y una tecnología aplicada que permite la futura exploración de las relaciones entre emoción, cognición y fisiología.

3.2.2.2. Aportaciones de la medicina preventiva

En la década de los setenta, el campo de la prevención se expandió rápidamente. Se comenzó a poner énfasis en la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, así como en los estilos de vida y conductas individuales como factores a controlar.

En la actualidad contamos con una importante y creciente tecnología para curar muchas enfermedades agudas e infecciosas. Sin embargo, mientras en los países en vías de desarrollo están todavía en el proceso de establecimiento de tales controles, las prioridades de salud en los países desarrollados se han desplazado hacia las enfermedades crónicas como las enfermedades cardiovasculares o el cáncer, que tienen que ser dirigidas o entrenadas más que curadas (Donker, 1991).

Los datos muestran como desde 1990, los trastornos cardiovasculares, pulmonares o el cáncer, cuyos índices de prevalencia e incidencia eran bajos, han llegado a ser las primeras causas de muerte en los Estados Unidos y otros países desarrollados. Es decir, los patrones de enfermedad van cambiando desde las enfermedades infecciosas a otras en las que la conducta y el estilo de vida juegan un papel prominente.

Este reconocimiento se plasma en el amplio programa de intervención establecido en Estados Unidos por el National Heart, Lung, and Blood Institute según el cual, los cambios en la conducta eran parte de la intervención en cada uno de los tres factores de riesgo examinados (tabaco, hipertensión y nivel de lípidos).

En 1982, la National Academy of Science's Institute of Medicine publicó "Salud y conducta: fronteras de la investigación en las ciencias bioconductuales", atribuyendo al estilo de vida el 50% de la mortalidad de entre las 10 primeras causas de muerte en los Estados Unidos.

La OMS otorga actualmente el reconocimiento de los factores conductuales como el estilo de vida, la motivación, la conformidad y las interrelaciones psicofisiológicas, como factores relevantes en la salud y la enfermedad.

3.2.3. PSICOLOGIA DE LA SALUD

Psicología de la Salud y Medicina Conductual son considerados, a menudo, términos que hacen referencia a una misma realidad, lo que actualmente no parece ser correcto. Sin embargo, tampoco se está de acuerdo en cuál es la línea divisoria, o el papel o campo de acción de dichas orientaciones. Por ello, señalaremos dos de las más extendidas opiniones sobre la distinción entre ambos campos, y el papel que representa la nueva Psicología de la Salud.

Para unos (A) la Psicología de la Salud representa la contribución del conocimiento psicológico al ámbito de la medicina, es decir, sería uno de los campos de los que se nutre la Medicina Conductual.

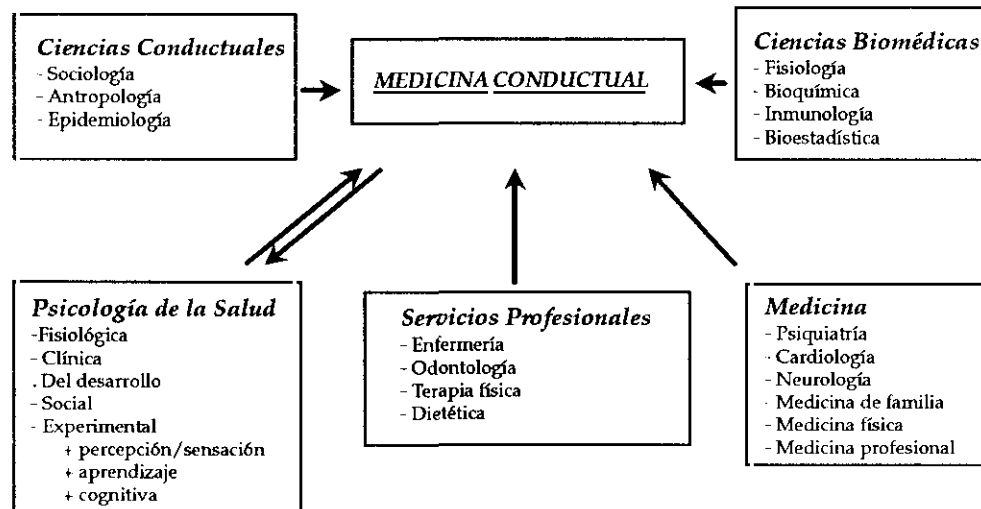
Sin embargo, para otros (B) la Psicología de la Salud es un nuevo ámbito de aplicación o especialización dentro de la psicología, por lo tanto, con entidad propia, y que incluso supone el desarrollo actual de "lo que fue denominado en principio Medicina Conductual".

(A) Para una serie de autores (Matarazzo, 1980, 1982; Reig, 1981, Feuerstein, Labbe, y Kuczmierczyk, 1986; Donker, 1991), la Psicología de la Salud representa el papel de la psicología como ciencia y profesión en la

medicina, la contribución específica de la psicología a la base de conocimientos y técnicas denominadas Medicina Conductual.

Desde esta línea, la distinción más importante entre Medicina Conductual y Psicología de la Salud es el carácter multidisciplinar de la primera frente a la especificidad de la segunda.

Así, podríamos decir que la Medicina Conductual recibe conocimientos de una serie de campos dedicados al cuidado de la salud y a la ciencia básica, siendo la Psicología de la Salud la que realiza una contribución importante desde la psicología.



Esta figura ilustra algunos campos dedicados al cuidado de la salud y a la ciencia básica que contribuyen a la Medicina Conductual, siendo la Psicología de la Salud la que realiza una contribución importante desde la Psicología (Donker, 1991)

Esta idea es la esencia de la definición de Psicología de la Salud que postula Matarazzo (1982) y que refleja la postura defendida por la División de Psicología de la Salud de la Asociación de Psicología Americana (APA): "Psicología de la Salud es el conjunto de las contribuciones educacionales, científicas y profesionales de la psicología para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, para la identificación de la etiología de los correlatos diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas, y para el análisis y mejora del sistema de cuidado y de formación de la salud" (pág.4).

Según esta definición, cualquier actividad de la psicología relacionada con cualquier aspecto de la salud, la enfermedad, el sistema de cuidado de la salud, o la formación de la salud, es considerada dentro del campo de la Psicología de la Salud.

La Psicología de la Salud se encarga de cuestiones básicas como (Donker, 1991):

- a. ¿Cuáles son las bases fisiológicas de la emoción? y ¿cómo están relacionadas dichas bases con la salud y la enfermedad?.
- b. ¿Pueden ser identificados los factores de riesgo conductuales de la

enfermedad? y ¿cuáles son sus mecanismos de acción?.

c. ¿Qué es el stress?.

d. ¿Qué factores contribuyen al desarrollo de las conductas de salud y de enfermedad?.

e. ¿Qué papel pueden jugar los psicólogos en el sistema de cuidado de la salud?.

(B) Por contra, cada vez con más fuerza se va imponiendo el término Psicología de la Salud para referirse a un nuevo ámbito de aplicación o especialización de la psicología. Para la sistematización de esta línea de opinión seguiremos principalmente a un autor español, Carrobbles (1993), que recientemente ha defendido dicha concepción.

Según dicho autor, la Psicología de la Salud comienza a perfilarse como uno de los principales campos aplicados de la psicología en la actualidad, desplazando incluso en protagonismo en este ámbito a la Psicología Clínica, de la que derivó, como una extensión de los problemas tratados por ésta, que de exclusivamente mentales o psiquiátricos se ha extendido a los distintos servicios y problemas de la salud normalmente atendidos o tratados en las unidades

hospitalarias o servicios de salud.

Desde esta definición de Psicología de la Salud, podemos considerar que esta nueva disciplina fue en sus primeras formulaciones y por diversos motivos designada como "Medicina Conductual". Dichos motivos son principalmente:

- a. El hincapié en su naturaleza multidisciplinar.
- b. Su fuerte anclaje en la medicina.
- c. La función básicamente rehabilitadora desempeñada por los profesionales, principalmente psicólogos, que trabajan en este campo.

Pero, si en un principio se supeditó a las necesidades de la medicina, esta nueva disciplina se ha ido perfilando progresivamente en sus funciones, su contenido, su metodología de trabajo y principalmente en el estatus profesional de los actuales especialistas dedicados a su desarrollo, hasta convertirse en la actual Psicología de la Salud.

Por ello, podemos definir a la actual y futura Psicología de la Salud como: "El campo de especialización de la psicología que centra su interés en el ámbito de los problemas de salud, especialmente físicos o médicos, con la

principal función de prevenir la ocurrencia de los mismos, o de tratar o rehabilitar éstos en caso de que tengan lugar, utilizando para ello la metodología, los principios y los conocimientos de la actual Psicología científica, sobre la base de que la conducta constituye, junto con las causas biológicas y sociales, los principios determinantes, tanto de la salud como de la mayor parte de las enfermedades y problemas humanos de la salud existentes en la actualidad" (Carrobbles, 1993, pág. 184).

Podemos decir, por tanto, que la integración de las Ciencias Bio-médicas y la Modificación de Conducta da lugar, en una primera etapa de su desarrollo, a la Medicina Conductual definida básicamente como el campo interdisciplinar que integra los principios y técnicas de la Psicología Conductual y de la Medicina relevantes para la comprensión de la salud y la enfermedad y aplica estos conocimientos al tratamiento y la prevención de las enfermedades.

Sin embargo, la progresiva inclusión de los factores sociales y comunitarios, tanto en la explicación como en el control de los problemas de la salud, propicia posteriormente la evolución y transformación de la propia Medicina Conductual en la actual Psicología de la Salud, cuyo contenido y atención se centra en la actualidad fundamentalmente en la prevención y aspira a dedicarse en un futuro a la promoción y educación para la salud.

En el nuevo campo de la Psicología de la Salud se van perfilando distintas áreas o contenidos básicos, que hacen referencia a los distintos modos o vías de adquisición, tanto de conductas saludables como de conductas insanas y, en consecuencia, a los distintos modos de intervención dentro de la propia Psicología de la Salud.

Entre las principales áreas destacan por su contenido:

- a. Los hábitos y estilos de vida saludables o insanos.
- b. El stress: sus características, sus posibles problemas y su manejo y control.
- c. La adaptación y el posible control de los trastornos o enfermedades crónicas de salud.

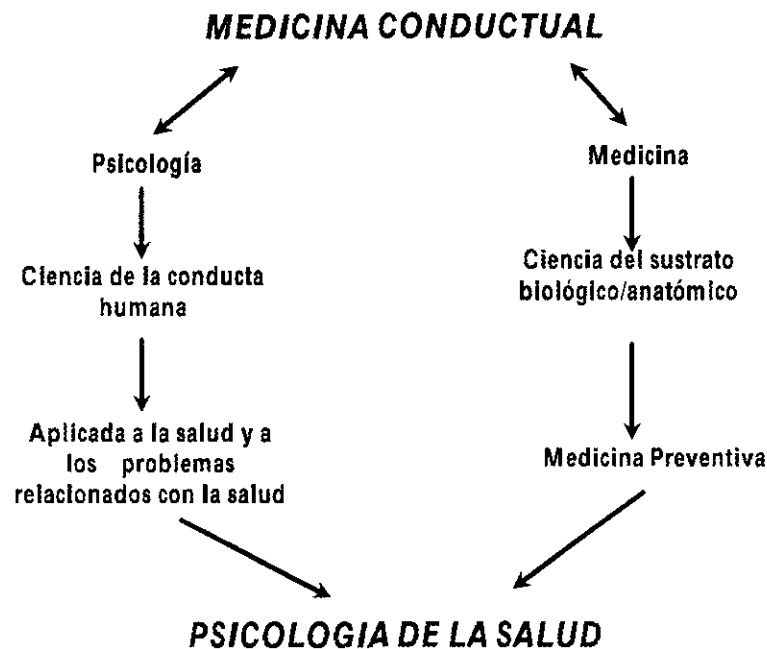
En consonancia con dichos contenidos, los programas de formación se centran en:

- a. El estudio de los distintos factores biológicos, psicológicos y sociales de los que los hábitos y estilos de vida saludables dependen y con los que interaccionan.

b. El estudio del stress y el adiestramiento en el manejo y control del mismo.

c. El adiestramiento en los distintos métodos y técnicas para facilitar y potenciar las conductas de salud y prevenir las enfermedades y los trastornos.

Así, dentro de la Psicología de la Salud se encuentra el estudio de técnicas o áreas como: la psicofisiología, la psicoimmunología, el biofeedback, las técnicas de relajación, los programas de ejercicio físico, el stress y sus problemas, el dolor, las enfermedades crónicas, los trastornos cardiovasculares, el cáncer, el sida, la obesidad, las úlceras, el asma, los hábitos y estilos de vida insanos, el patrón de conducta Tipo A, el tabaco, la nutrición, la adhesión al tratamiento, los ambientes médicos, las relaciones paciente-personal sanitario, el uso de los servicios sanitarios, el impacto de las enfermedades crónicas y terminales en los pacientes y familiares, etc.



La Medicina Conductual puede ser el campo o puente común entre la Psicología y la Medicina (Donker, 1991)

Como podemos ver, desde esta perspectiva, la Psicología de la Salud engloba o representa lo que se denomina actualmente Medicina Conductual. La principal diferencia en el uso de ambos términos es la ciencia de la que se parte, el prisma desde el cual se trabaja: medicina o psicología. Pero en última instancia, sus inquietudes básicas y sus aplicaciones prácticas van dirigidas en la misma línea.

3.3. FACTORES DETERMINANTES DE LOS TRASTORNOS PSICOFISIOLOGICOS

Como hemos ido reflejando a lo largo de las páginas precedentes, una de las características básicas de los trastornos psicofisiológicos es el carácter múltiple de su etiología. Este hecho dificulta el estudio de dichos trastornos si tenemos en cuenta que los distintos y variados factores desencadenantes pueden adoptar diversas combinaciones, haciendo que el peso específico de cada factor sea diferente en cada caso, así como la interacción resultante.

Junto a este hecho, no debemos olvidar además, que dichas combinaciones pueden variar a su vez en función del estadio evolutivo en que se encuentre el trastorno, como ha sido reiterado especialmente en el caso de la hipertensión primaria (Obrist, Langer, Light y Koepke, 1983).

El interés por los factores determinantes ha potenciado su investigación. Se ha hecho hincapié principalmente en los factores fisiológicos, factores genéticos, factores psicológicos o rasgos de personalidad y factores ambientales.

En las páginas que siguen a continuación, nos centraremos en el estudio de dichos factores como determinantes de los trastornos psicofisiológicos, en la investigación realizada sobre los mismos, así como en los modelos teóricos que,

a partir de dichos factores, han ido surgiendo para dar explicación de la génesis, desarrollo y mantenimiento de las enfermedades psicofisiológicas.

3.3.1. EL PAPEL DE LOS FACTORES FISIOLÓGICOS

Existe un amplio número de investigaciones y de modelos explicativos de los trastornos psicofisiológicos que consideran que las consecuencias derivadas de la respuesta fisiológica a las situaciones de stress son la causa principal que incide en el desarrollo de dichos trastornos. El desarrollo de la experimentación biomédica y los avances en psicofisiología han permitido, en parte, el progresivo desarrollo de esta línea de investigación.

En la actualidad, quizá generado por la complejidad de estas alteraciones, se evidencia en el terreno de la Medicina Conductual una cierta tendencia a la especialización en un único y determinado trastorno.

Anterior a esta especialización, el trabajo en este campo se centra en el desarrollo de modelos teóricos globales que pretenden dar explicación de forma genérica a los trastornos psicofisiológicos.

Estos modelos, basados en general en las consecuencias que puede provocar la exposición a situaciones de stress, parten de un eje común: el organismo necesita para realizar su actividad diaria cierto grado de activación fisiológica. Estaríamos por lo tanto, en principio, ante una respuesta positiva y adaptativa.

Sin embargo, esta orientación sostiene que hay que tener en cuenta dos importantes elementos:

a. Por un lado, el organismo no puede mantener de forma constante un ritmo de activación por encima de sus posibilidades.

b. Por otro lado, en el medio en el que se desarrolla el hombre actual, ese sentido de adaptación se va perdiendo, ya que es poco probable que un evento desencadenante de tal reacción desaparezca por medio de una acción de ataque o huida, en el sentido planteado por Cannon (Cardona y Santacreu, 1984). En el mundo actual, la forma habitual de responder ante el evento estresante es por medio de respuesta de afrontamiento cognitiva. Estas respuestas cognitivas no utilizan el incremento de energía movilizado, generándose de esta forma el problema de la acumulación excesiva de productos no empleados.

Estos dos factores pueden dar lugar a la sobrecarga de determinados órganos, pudiendo desencadenar trastornos a diferentes niveles. Son los denominados trastornos psicofisiológicos, tales como la hipertensión, la úlcera, el asma, el insomnio, las disfunciones sexuales, etc.

Por lo tanto, la probabilidad de que un trastorno psicofisiológico se desarrolle aumentará con el incremento de la frecuencia o la duración de la

respuesta de activación provocada por la propia situación de stress o por la situación considerada como tal por el sujeto.

Como hemos señalado en distintos apartados de los capítulos precedentes, es necesario diferenciar entre aquellos autores que defienden un concepto de activación o respuesta fisiológica inespecífica y específica.

3.3.1.1. La respuesta inespecífica

Selye es uno de los investigadores que más ha trabajado con la respuesta fisiológica inespecífica de stress a largo plazo, describiendo el Síndrome General de Adaptación.

Selye (1975, 1976, 1980, 1987a, 1987c) defiende que el poder de adaptación desempeña un papel decisivo en el desarrollo de numerosas enfermedades. Las reacciones del sistema nervioso y del sistema hormonal descritas en el S.G.A. favorecen, en general, la adaptación a los cambios y a las diversas estimulaciones. Sin embargo, estas reacciones pueden ser causa de enfermedades fundamentalmente cuando el stress se prolonga o es muy intenso. Son las enfermedades de adaptación o enfermedades de stress. Entre ellas, este autor destaca: la úlcera gastroduodenal, la hipertensión arterial, los trastornos

del ritmo cardíaco, las enfermedades coronarias, las depresiones nerviosas, las enfermedades de la piel, la jaqueca, etc.

Selye sostiene que la mayor parte de los esfuerzos físicos, de los esfuerzos mentales, de las infecciones y de otros agentes de stress que actúan durante un período limitado, producen unos cambios que corresponden a la primera y segunda fase del S.G.A. La fase de agotamiento puede, en sí misma, ser reversible e incompleta, en tanto que no afecte más que a ciertas partes del cuerpo. Este estado no permanece, a menos que la respuesta a la adaptación falte o sea inapropiada a causa de defectos congénitos, de una tensión excesiva o de una inestabilidad psicológica.

Subraya, además, la existencia de diferencias individuales, dado que agentes aversivos similares desencadenan síndromes distintos dependiendo de los individuos. Desde su teoría, tales diferencias individuales son debidas a factores condicionantes que modifican nuestra receptividad a los agentes causantes del stress. Estos factores condicionan y determinan la respuesta física, psicológica y biológica del organismo.

Los factores condicionantes pueden ser internos o hereditarios (predisposición genética, edad, sexo, etc.), externos o adquiridos y propios de lo vivido por cada individuo (factores de régimen alimenticio, tratamiento con

ciertos fármacos, enfermedades anteriores, calidad de la salud física, mental y afectiva, educación, medio ambiente, contexto profesional, determinados hábitos de vida -consumo de alcohol, tabaco, etc.).

Estos factores varían de un sujeto a otro, y por ello, tanto la reacción al stress como la enfermedad de adaptación, provocada por la inadaptación al stress, serán diferentes.

Esta explicación de la génesis y desarrollo de los trastornos psicofisiológicos se plasma en la Teoría del órgano o sistema débil (ver punto 3.4.1)

3.3.2.2. Patrón específico de respuesta

Con la aparición del patrón específico de respuesta, la explicación viene dada por la tendencia de los individuos a responder de modo idiosincrásico ante las diferentes situaciones estresantes.

Lacey (1967) sostiene que los individuos difieren en sus respuestas psicofisiológicas ante las distintas situaciones. Por tanto, un individuo puede mostrar un incremento en su frecuencia cardíaca y presión sanguínea, pero

apenas modificar su tensión muscular; otro individuo, ante la misma situación, puede mantener estable la frecuencia cardíaca y presión arterial, pero aumentar de forma notable la tensión muscular. Esta tendencia a dar una determinada respuesta es conocida como estereotipia de respuesta individual.

Cada sujeto suele presentar un patrón de respuestas psicofisiológica específico que puede ser más o menos consistente o estereotipado ante las distintas situaciones (Lacey, 1982; Flor, Turk y Birbaumer, 1984). Cuanto más estereotipado sea el patrón, más fácil será que se produzca un deterioro en el sistema fisiológico implicado, debido a que es utilizado de manera más frecuente e intensa.

Por decirlo de otro modo, si ante una situación de stress un sujeto responde siempre con el mismo sistema fisiológico (elevación de tasa cardíaca, tensión muscular, vasoconstricción periférica, etc.), habrá un órgano que se convertirá en órgano diana, al que se dirigirán todas las flechas de aumento de activación ante las situaciones de stress y por tanto, será el órgano que antes genere problemas por un lógico deterioro.

Evidencia empírica de este hecho se encuentra en investigaciones anteriores. Malmö y Shagass (1949) realizaron una investigación con dos grupos, uno de pacientes con síntomas cardiovasculares (palpitaciones, hipertensión,

desmayos) y un segundo grupo con sujetos que presentaban problemas musculares (dolores de cabeza y cuello). Ambos grupos fueron expuestos a una estimulación dolorosa consistente en un foco de calor aplicado al cuero cabelludo. Los resultados mostraron diferencias significativas entre los dos grupos. Los pacientes con síntomas cardiovasculares, ante las condiciones estresantes, mostraron mayor reactividad cardiovascular (alta variabilidad en tasa cardíaca, presión sanguínea, etc.) que incrementos en tensión muscular; sin embargo, el segundo grupo, compuesto por pacientes con problemas musculares, mostraron ante la misma estimulación un patrón de respuesta opuesto (alta variabilidad en la respuesta muscular).

Estos datos apoyan el concepto de estereotipia de respuesta, señalando que los sujetos responden preferentemente, con un cierto tipo de respuestas ante las situaciones de stress. Incluso en situaciones normales, sin estímulo estresante, se suele mostrar una actividad mayor en el sistema de respuesta preferido, muy por encima de los grupos control.

Por tanto, el hecho de que una persona responda persistentemente a las situaciones de conflicto con un aumento de presión arterial, puede provocar una disrupción en los mecanismos homeostáticos y, como resultado de ello, convertirse a medio o largo plazo en un hipertenso.

Autores como Moss y Engel (1962), Dalessio (1972) y Lance (1973) llegan a resultados similares, apoyando la existencia de una inestabilidad en el S.N.A. que se muestra especialmente en la respuesta estereotipada ante una situación de stress y, así mismo, en el caso de pacientes con trastornos psicósomáticos se observa el mantenimiento de esta respuesta en niveles más elevados de los normales ante distintas situaciones, incluidas las de tranquilidad.

Sin embargo, como modelo general, estas explicaciones adolecen de validez predictiva, es decir, desde esta línea no se puede predecir cual será el órgano preferido o la respuesta específica en un sujeto determinado y por qué ese órgano y no otro es el que se dispara. Esta perspectiva en solitario no puede responder a la cuestión más de fondo de por qué un individuo que reacciona con un alto grado de activación cardiovascular desarrolla un problema de hipertensión y otro no. Tampoco puede desvelarse desde esta aproximación, si esa respuesta estereotipada está genéticamente determinada, o es función de condicionamientos o aprendizajes previos, o si ha sido adquirida por un problema físico. Es necesario postular otros factores más de índole psicológica que desempeñan un papel importante en determinar quién desarrolla o no cierto trastorno.

Uno de los más extendidos modelos explicativos de los trastornos psicofisiológicos, centrados en la estereotipia individual de respuesta, y que

puede dar algunas de esas respuestas es el modelo de Sternbach (1966) (ver punto 3.4.2.).

En conclusión, todos los autores reflejados en este apartado parten de este supuesto común, consideran que las consecuencias derivadas de la respuesta fisiológica a las situaciones de stress son la causa principal que incide en el desarrollo de dichos trastornos.

Pero la explicación de porqué se produce uno u otro trastorno, será diferente en función de que consideren la respuesta fisiológica como inespecífica, o por el contrario defiendan la existencia de patrones específicos de respuesta.

Para los autores como Selye, que defienden la inespecificidad de la respuesta de stress, el mecanismo biológico es siempre el mismo, pero los resultados varían en función del agente causante del stress y de los factores que condicionan el grado de vulnerabilidad al stress.

Para los autores como Lacey, que defienden la especificidad de la respuesta, el mecanismo biológico será diferente en cada caso, dándose patrones psicofisiológicos determinados en función de los estímulos y de las predisposiciones individuales del propio organismo.

3.3.2. EL PAPEL DE LOS FACTORES GENETICOS

El papel de la herencia o factores genéticos en la predisposición a padecer una enfermedad ha sido considerado uno de los elementos importantes en los trastornos psicofisiológicos.

Como señala Weiner (1977) se acepta, de forma general, que los factores genéticos tienen mucho que ver en la predisposición individual a padecer diversas alteraciones.

La investigación centrada en resaltar la importancia de los factores genéticos ha trabajado con sujetos relacionados biológicamente (familias, gemelos), con poblaciones consideradas de alto riesgo por presentar antecedentes familiares de enfermedad, con poblaciones infantiles en las que la contribución ambiental es mínima y con sujetos no relacionados genéticamente que comparten un mismo ambiente.

Con relación a la úlcera, por ejemplo, son muchos los investigadores que señalan que el exceso de pepsinógeno es la causa fundamental de su génesis y desarrollo. El nivel de pepsinógeno es considerado un buen indicador del nivel de secreción gástrica. En el estómago se convierte en pepsina que digiere las proteínas y constituye, junto al ácido clorhídrico, los componentes

fundamentales de los jugos gástricos. Existe un gran número de investigaciones centradas en el estudio de los niveles de pepsinógeno que intentan buscar apoyo a las hipótesis genéticas.

Mirsky, ya en 1958, demostró que el nivel de pepsinógeno en los pacientes con úlceras era significativamente mayor que el encontrado en los sujetos sin úlcera.

En un estudio inicial, Mirsky encontró en recién nacidos diferencias individuales significativas en cuanto a los niveles de pepsinógeno. Aquellos que mostraban al nacer niveles altos pertenecían a familias hipersecretoras o con niveles altos de pepsinógeno.

En algunos estudios realizados con gemelos se ha comprobado que los gemelos univitelinos presentaban niveles muy similares de pepsinógeno (Mirsky, Fritterman y Kaplan, 1952; Pilot, Lenkoski, Spiro y Schaeffer, 1957).

En otro estudio clásico de Weiner y cols. (1957) se puso a prueba la hipótesis de que los hipersecretores de pepsinógeno desarrollaban úlceras más tempranamente que los hiposecretores. En el estudio se seleccionó, entre una muestra de soldados novatos que no padecían úlcera, un grupo de hiposecretores y un grupo de hipersecretores. Al cabo de cuatro meses, al final

de la instrucción básica, ningún sujeto hiposecretor había desarrollado úlcera, mientras que el 14% de los sujetos con niveles basales elevados de pepsinógeno sí había desarrollado este trastorno. Según este estudio, existe evidencia de que los individuos que desarrollan úlceras pueden estar de algún modo genéticamente predispuestos, debido a una hipersecreción gástrica.

Rosen y Gregory (1965), en trabajos realizados con familias, señalan que los hermanos de pacientes con úlcera tienen un riesgo dos veces mayor de desarrollar este trastorno que los sujetos de la población general.

Sin embargo, algunos de estos datos pueden estar reflejando, además de una posible determinación genética, la influencia de variables comunes, como experiencias de aprendizaje, hábitos de vida, alimentación, etc.

La investigación sobre implicación de factores genéticos en la hipertensión esencial ha dado lugar a numerosos trabajos tanto con animales (Folkow, 1982) como con humanos (Pickering, 1967, 1977; Paul, 1977).

Feinleib, Garison, Fabsitz, Christian, Hrubec, Borhani, Kanneel, Rosenman, Schwarz y Wagner, (1977), en un estudio longitudinal durante cuatro años, realizado con un grupo de 264 gemelos fraternos y 248 idénticos, observaron que se daba una mayor covariación entre los índices de presión

sanguínea en los gemelos idénticos.

Destacan también numerosos estudios (Shapiro, 1961; Falkner, Onesti, Angelakos, Fernández y Langman, 1979; Jorgensen y Houston, 1981; Manuck y Proietti, 1982; Ditto, 1986) que concluyen que las personas con antecedentes familiares de hipertensión primaria manifiestan una mayor reactividad cardiovascular (presión sanguínea, preferentemente sistólica, y tasa cardíaca) ante situaciones de stress al ser comparados con sujetos sin tales antecedentes.

Sin embargo, como en el caso de los estudios realizados con pacientes que presentaban úlcera, no podemos dejar de señalar que el hecho de que entre miembros de determinadas familias haya una predisposición a padecer diversas alteraciones (fundamentalmente aquellas de carácter psicofisiológico) puede estar determinado, además de por factores genéticos, por otros factores como experiencias de aprendizaje comunes, hábitos de vida, variables de personalidad similares, situaciones estresantes compartidas, etc.

Algunos estudios, por ejemplo, han indicado que en casos de asma infantil se encuentran modelos problemáticos de interacción padres-hijos (Purcell y cols. 1969). Un dato importante que apoya esta hipótesis es el hecho de que un 50% de los niños asmáticos resistentes al tratamiento farmacológico mejoran al ser separados de la familia (ver Fuentenebro y cols. 1990).

Por ello, y a pesar de algunos datos experimentales, no se debe excluir la posibilidad del efecto ambiental. De hecho, en determinadas situaciones, variables como el stress pueden llegar a tener mayor poder de determinación sobre una determinada respuesta fisiológica que la herencia (Harburg, Schull, Erfurt y Schork, 1970).

En resumen, debemos hacer referencia, más que a factores que pueden iniciar o mantener los distintos trastornos, a factores que predisponen.

3.3.3. EL PAPEL DE LAS VARIABLES PSICOLOGICAS

Como se va reflejando en estas páginas, la investigación sobre los trastornos psicofisiológicos es muy compleja y conlleva múltiples variables (fisiológicas, genéticas, conductuales, de personalidad, ambientales). Todas ellas han de ser tomadas en consideración si se quiere obtener una comprensión global de estos trastornos.

En este punto abordaremos los aspectos o variables psicológicas y el importante papel que van a desempeñar en la génesis, desarrollo y mantenimiento de los trastornos psicofisiológicos. Nos centraremos en variables que, al poder ser medidas de forma objetiva, han permitido el desarrollo de estudios científicos.

Sin embargo, las primeras formulaciones psicológicas de los trastornos psicofisiológicos partieron de planteamientos psicodinámicos, por lo que haremos, en primer lugar y de forma muy breve, mención a algunos autores representativos de esta línea.

Uno de los pioneros en resaltar la relación entre determinadas enfermedades y características particulares de personalidad fue Dumbar, en 1943. A partir de entonces surgen numerosos intentos por delimitar los rasgos

de personalidad asociados a determinados trastornos psicofisiológicos. Así, podemos señalar la popular y reiterada idea de que la úlcera péptica es típica de sujetos ambiciosos, trabajadores y que poseen una alta motivación de logro.

Una de las primeras formulaciones psicológicas sobre alteraciones psicósomáticas fue elaborada por Alexander en 1950. Este autor propuso una hipótesis basada en su experiencia clínica psicoanalítica, según la cual, cada trastorno psicofisiológico estaba asociado con conflictos emocionales inconscientes específicos. Así por ejemplo, sostuvo que el núcleo de la colitis ulcerosa se hallaba en la frustración de las necesidades de dependencia que estimulan las tendencias agresivas orales.

Con respecto a este mismo trastorno, en 1955, Engel señala que el desarrollo de la enfermedad está más en conexión con las relaciones interpersonales que con un conflicto intrapsíquico, añadiendo que esta falta de capacidad para relacionarse con los demás deriva de la relación con una madre dominante, perfeccionista, exigente, fría y con tendencias depresivas. La colitis ulcerosa surge, según esta hipótesis, cuando el paciente es incapaz de satisfacer las expectativas maternas.

Dentro de las hipótesis de corte psicodinámico destaca también la hipótesis del síntoma símbolo de Garma (1950).

Formulaciones posteriores como las de Sifneos (1967) y Nemiah (1973, 1975) utilizan el concepto de alexitimia para referirse a un conjunto de rasgos cognitivos caracterizados básicamente por la dificultad o incapacidad de los pacientes con trastornos psicofisiológicos para describir sus sentimientos. Nemiah señala tres componentes o características básicas de la personalidad alexitímica:

- a. Incapacidad para describir los sentimientos propios verbalmente.
- b. Notable ausencia de fantasía.
- c. Dificultad para realizar cambios psicológicos internos en el curso de una psicoterapia orientada psicodinámicamente.

Posteriores investigadores, interesados en el papel de los distintos factores psicológicos y de personalidad en los trastornos psicofisiológicos y no satisfechos con las formulaciones psicodinámicas, comienzan a trabajar centrando su atención en variables que puedan ser medidas de forma más precisa y objetiva.

3.3.3.1. Ansiedad y Stress

En la relación de la ansiedad y el stress con los trastornos psicofisiológicos, un elemento fundamental es el hecho de que las situaciones de stress o ansiedad afectan al funcionamiento de los órganos internos produciendo en ellos cambios tanto morfológicos como funcionales.

Esta relación, así como otra serie de elementos, han sido expuestos de forma amplia en los dos primeros capítulos al tratar los conceptos de ansiedad y stress, por lo que en este apartado no haremos de nuevo hincapié en dichos elementos. Nos centraremos principalmente en la ansiedad y el stress reflejados por los modelos de afrontamiento, en otros conceptos derivados o relacionados, así como en su posible implicación como factores determinantes de los trastornos psicofisiológicos.

Hemos visto cómo las formas en que un individuo puede afrontar las situaciones de stress son muy variadas, al entrar en juego los distintos modelos cognitivos. Basándose, por ejemplo, en la idea de afrontamiento de Lazarus, se puede decir que negando, desviando la atención del sujeto de la fuente de stress, o considerándola superable, se producirá una reducción del mismo, sin la necesidad de un afrontamiento conductual.

Así mismo, hemos contemplado cómo la ansiedad y el stress, como respuestas o estados del sistema nervioso, mantenidos y continuos pueden conducir a una situación crónica y prolongada de activación fisiológica, de atención excesiva hacia los estímulos circundantes e incluso a la paralización de la conducta.

En estas páginas intentaremos ver la relación de estos fenómenos con determinados trastornos fisiológicos.

Para elicitar un estado de ansiedad, se ha trabajado de forma muy fecunda en las últimas décadas con los estilos de afrontamiento (coping) ante situaciones de stress, constituyéndose en una variable interesante en un modelo global comprensivo de los trastornos psicofisiológicos (Valdés, Flores, Tobeña, Massana, 1983).

Centrados en el estudio de los modos de afrontamiento surgen los paradigmas de conflicto experimental que trabajan con animales. Estos paradigmas de conflicto van a ser considerados, por diversos autores, buenos predictores de la conducta ansiosa y por tanto, útiles para el estudio de los factores determinantes de algunos trastornos psicofisiológicos (Thomas y De Wald, 1977; Weiss, 1977).

Entre los paradigmas de conflicto experimental destacan aquellos creados para provocar situaciones de incertidumbre, concibiendo la incertidumbre como el estado del organismo derivado de la dificultad de establecer la probabilidad de obtención de refuerzo o de evitación de castigo.

Las investigaciones en esta línea parten del supuesto general de que una situación estimular prolongada, formulada de tal manera que genere incertidumbre, puede ser un buen ejemplo de conducta ansiosa. Se puede provocar incertidumbre mediante situaciones o estímulos nuevos, paradigmas experimentales de falta de predicción y control, así como mediante paradigmas de conflicto experimental de aproximación-evitación o de evitación-evitación, por ejemplo, donde sea difícil encontrar una respuesta útil y económica que resuelva el problema.

Como señalan Valdés, Flores, Tobeña y Massana (1983), el estudio de los paradigmas que impliquen incertidumbre y su relación con manipulaciones farmacológicas y fisiológicas que afecten a la conducta ansiosa, pueden ser un buen camino para encontrar las relaciones entre la ansiedad y los trastornos psicofisiológicos.

Veamos en primer lugar algunas investigaciones sobre paradigmas de conflicto experimental en animales que generan incertidumbre a partir de

situaciones de falta de predicción y control.

Weiss (1972, 1977) realizó diversos experimentos con animales a los que se les administraba una descarga eléctrica. Algunos animales podían predecir la descarga mientras que otros no podían hacerlo. Los resultados demostraron que los animales a los que se les administraba una descarga eléctrica pero se les daba la oportunidad de predecir tal descarga, generaban menos enfermedades psicofisiológicas que los animales que no podían hacer tal predicción (ver Weiss, 1980).

En otros de sus experimentos con ratas, Weiss da la posibilidad, a algunos de los animales, de que controlen la descarga por medio de una conducta instrumental. Los resultados demostraron que las ratas que no tenían control sobre la descarga eléctrica perdían más peso y contraían mayor número de úlceras gástricas que aquéllas que podían controlar la descarga con una conducta instrumental.

Los resultados de Weiss apoyan la hipótesis de que tanto las situaciones de stress no predecibles, como las no controlables, distorsionan más la conducta que las predecibles y/o controlables, influyendo estos factores de forma decisiva en la respuesta de los sujetos ante situaciones aversivas, y pudiendo ser un factor importante en el desarrollo de determinados trastornos psicofisiológicos.

Weiss sostiene que el factor decisivo es la cantidad de información que el sujeto tiene acerca de la efectividad de sus respuestas ante la situación aversiva.

Mediante este tipo de experimentación, Weiss (1972, 1977) pretende explicar el origen de algunos trastornos psicofisiológicos. Para este autor, cuando un individuo se encuentra ante una situación problema que no tiene posibilidad de resolver y se produce la inhibición repetida de conductas, el incremento de activación fisiológica y de atención a los estímulos ambientales (por falta de conductas adecuadas o por una susceptibilidad fisiológica excesiva a los estímulos asociados al castigo, a la retirada de reforzamiento o a las situaciones inciertas), puede constituirse un modelo que ayude a relacionar la ansiedad y los trastornos psicofisiológicos.

En la misma línea, introduciendo la posibilidad de control o dominio de la situación, Levine y cols. (1978) reseñan un experimento sobre evitación activa en dos sentidos realizado con ratas. A medida que los animales dominaban la situación y podían llegar a resolver el problema de evitar eficazmente los estímulos nocivos, disminuía la activación fisiológica concomitante, medida en este caso por la activación del eje hipofisopararrenal.

Anteriormente, Kamin y cols. (1963) encontraron una relación muy parecida midiendo el grado de supresión condicionada que originaba el

estímulo de aviso usado en la evitación en dos sentidos, haciendo medidas en diferentes momentos del entrenamiento de evitación activa.

Estas pruebas fisiológicas y conductuales muestran, en general, que a medida que los animales dominan la situación en un paradigma de conflicto que implique la posibilidad de recibir estímulos aversivos, va disminuyendo la activación fisiológica y las respuestas motoras ante los estímulos atemorizantes, es decir, a medida que manejan la situación, disminuye la ansiedad.

Según Levine y col. (1978), esto puede explicar que aunque los animales vivan en ambientes donde se dan muchos estímulos aversivos no estén siempre ansiosos, ni tampoco presenten necesariamente trastornos fisiológicos. Cuando los animales tienen la posibilidad de aprender respuestas para dominar la situación (coping responses) no es de esperar ninguna anomalía conductual ni fisiológica.

De forma general, estos trabajos pretenden demostrar que los factores psicológicos y/o conductuales son importantes en determinar las respuestas de un organismo al stress. Sin embargo, a pesar de las prometedoras conclusiones de sus trabajos, es necesario puntualizar que estos autores trabajan principalmente con animales, por lo que sus datos pueden no ser extrapolables al ser humano y quizá ni siquiera a otros animales debido a la diferencia de

respuesta en las distintas especies.

Ursin y cols. (1978), partiendo de los resultados de la investigación animal, realizaron un estudio con humanos, concretamente con aspirantes a paracaidistas de la armada noruega, midiendo diversas variables fisiológicas y psicológicas durante el proceso de entrenamiento de salto en paracaídas. Los resultados permitieron establecer relaciones muy ilustrativas en cuanto a la covariación de dichas variables en diferentes momentos del entrenamiento. Se confirmó que a medida que los sujetos avanzaban en el entrenamiento, y por tanto desarrollaban respuestas de dominio de la situación de ansiedad, disminuía la activación fisiológica ante dichos estímulos.

Levine y cols. (1978) y Ursin (1978) desarrollan diferentes investigaciones en esta línea, definiendo "coping responses" como respuestas de dominio del miedo o de la ansiedad, respuestas de superación de la situación.

En sus estudios pretenden encontrar correlaciones entre medidas fisiológicas y psicológicas que puedan confirmar la relación de la ansiedad y el stress psicológico con los trastornos psicofisiológicos. Una revisión sobre este punto puede verse en Levin y cols (1978) y Ursin (1978).

Para estos autores, una situación de stress puede ser causante del

desarrollo de úlceras, pero la mayor o menor gravedad de las mismas va a depender del modo de enfrentamiento del individuo ante la situación: "Uno domina la situación de miedo o ansiedad cuando el estómago no sufre" (Levine y cols., 1978, pág. 13).

Para Levine, los individuos pasivos, no buscadores de estimulación, que llegan con facilidad a una situación de indefensión, son más propensos a padecer úlceras. Observa que existe una correlación entre el enfrentamiento pasivo, el descenso en los niveles de catecolaminas y el posterior desarrollo de úlceras. Estos datos van en la línea de los obtenidos por Weiss, que encontró un marcado descenso noradrenérgico en aquellos animales que no se defendían ante la situación aversiva, y que eran los que presentaban mayores signos de ulceración.

Según estos autores, en una situación de stress se puede observar una oscilación de la homeostasis simpática-parasimpática. En un principio domina la actividad simpática, pero cuando el sujeto entra en un estado de indefensión, el nivel de activación simpática desciende. En ese momento comienza una mayor actividad parasimpática que provoca aumentos de las secreciones gástricas, especialmente del ácido clorhídrico causante de la úlcera.

Parece, por tanto, que el sistema noradrenérgico tiene un papel destacado

como posible factor mediacional entre las situaciones de enfrentamiento pasivo y el desarrollo de ciertos trastornos psicofisiológicos, principalmente la úlcera (una revisión sobre los mecanismos noradrenérgicos en conducta ansiosa puede verse en Redmon y Huang, 1979).

Anisman y cols. (1980), en sus trabajos sobre stress e indefensión aprendida resaltan igualmente la implicación del sistema noradrenérgico. Según estos autores, durante la exposición a situaciones de conflicto inescapable hay una utilización incrementada y excesiva de noradrenalina central. Los déficits posteriores de conducta, observados en dichas situaciones, correlacionan con un vaciado de noradrenalina central consecutivo a un gasto excesivo previo. Dicha hipótesis resulta reforzada al constatar que la exposición previa del animal a situaciones aversivas escapables lo inmunizan contra la indefensión aprendida o también contra el vaciado noradrenérgico central (Anisman y col. 1980).

En general, los datos experimentales presentados apoyan que, en las situaciones de conflicto repetidas y crónicas en las que el sujeto evalúa que no posee estrategias de afrontamiento útiles, o que existen pocas o ninguna posibilidad de aprender respuestas para dominar la situación, la ansiedad mantenida y persistente puede ser uno de los factores explicativos del trastorno psicofisiológico (Valdés y cols. 1983). Sin embargo, cuando el individuo se enfrenta a la situación que evalúa como aversiva y logra dominar la situación,

se produce un descenso del estado de ansiedad, y disminuye el riesgo de padecer un trastorno.

Pero si el enfrentamiento pasivo, la inhibición de respuesta, puede ser uno de los factores explicativos de algunos trastornos psicofisiológicos como la úlcera, ¿qué ocurre cuando se produce el enfrentamiento activo, antes de que el sujeto domine la situación y por tanto disminuya la ansiedad?

Obrist y cols. (1978) señalan que el estilo de afrontamiento activo/pasivo es una de las dimensiones que ejerce mayor influencia en la reactividad cardiovascular. Para estos autores el afrontamiento pasivo es ejemplificado por una situación de condicionamiento clásico aversivo en el que el escape o evitación de la descarga eléctrica no es posible. En contraposición, el afrontamiento activo se caracteriza por la posibilidad de huida de la situación aversiva por medio de determinadas respuestas sobre las que el individuo tiene cierto grado de control. Obrist y colaboradores comprobaron que en el afrontamiento pasivo se disparaba mínimamente la reactividad adrenérgica que controla la frecuencia cardíaca y la presión arterial. Sin embargo, en condiciones de afrontamiento activo, los efectos beta-adrenérgicos eran más pronunciados, generando el sujeto una mayor reactividad simpática y por tanto, cardíaca y de presión sanguínea sistólica.

En base a estos datos podríamos señalar que el modelo de enfrentamiento activo puede ser uno de los factores a tener en cuenta el desarrollo de trastornos cardiovasculares como la hipertensión esencial.

Por tanto, las respuestas ante el stress y sus consecuencias serán diferentes dependiendo de variables de predictibilidad y controlabilidad de las situaciones.

Pero no olvidemos que, como puntualizamos al comienzo, las formas en que un individuo puede afrontar las situaciones de stress son muy variadas, al entrar en juego los distintos modelos cognitivos de enfrentamiento ante una situación aversiva. Se puede afrontar una situación negando su existencia, desviando la atención del sujeto de la fuente de stress, o considerándola superable. Se producirá así una reevaluación de la situación y la subsecuente reducción del estado de ansiedad o stress, sin la necesidad de que se haya producido un afrontamiento conductual.

Tenemos que tener en cuenta además, que el grado de control objetivo que la situación pueda tener, es menos determinante, a la hora de poner en marcha conductas de afrontamiento, que la percepción subjetiva de control o dominio de la situación.

De esta forma, será más probable que el individuo afronte aquellas situaciones que perciba como controlables, aunque objetivamente no lo sean; mientras que probablemente no afrontará aquellas en las que perciba que su control excede a sus posibilidades, aunque objetivamente no sea así.

Ante una situación que el sujeto perciba como amenazante son importantes elementos como: la información sobre la naturaleza del estímulo aversivo, cómo y cuándo se va a presentar, qué estrategias puede utilizar para enfrentarse a él, cómo lo han controlado otros sujetos en otras ocasiones, etc. Si toda esta previsión y anticipación cognitiva ocurre, entonces la homeostasis del sujeto no se verá tan seriamente amenazada y, por tanto, el estado de tensión se verá considerablemente reducido y la posibilidad de desarrollar un trastorno psicofisiológico se verá atenuada (Molina, 1981). De este modo, en toda situación aparece una estrecha relación entre los factores psicológicos y fisiológicos.

Por último, en esta relación entre el control, la ansiedad, los distintos modos de afrontamiento y los distintos trastornos, queremos señalar algunos datos de investigaciones centrados sobre el patrón de conducta Tipo A (PCTA).

En 1959, Friedman y Rosenman describen el denominado patrón de conducta Tipo A como un patrón predominante en los enfermos de cardiopatía

coronaria. Este patrón Tipo A se caracteriza, según estos autores por: competitividad, ambición, deseo de éxito, impaciencia, hostilidad y sensación subjetiva de urgencia temporal. Son sujetos con una gran actividad psicomotriz, con tendencia a operaciones mentales rápidas, conversación acelerada y dificultad para relajarse. Tienen una gran tendencia a involucrarse en exceso en su trabajo, aunque con frecuencia no están agusto en él.

Este patrón de conducta es considerado, por tanto, como uno de los factores de riesgo de sufrir trastornos coronarios. Kringlen (1986) sostiene que los datos actuales suponen que el PCTA debe ser considerado como un factor de riesgo coronario, más predictivo que los niveles de colesterol.

Para otros autores los datos no son tan claros. Oberman (1989) sostiene que no hay datos definitivos que demuestren que el patrón de conducta Tipo A pueda ser considerado como un factor de riesgo de cardiopatía coronaria.

En los últimos años se han ido imponiendo estudios que señalan que el riesgo de sufrir una enfermedad coronaria depende más de niveles altos de hostilidad contenida, que del conjunto de manifestaciones que definirían al patrón Tipo A (Wielgosz y cols, 1988).

Recientemente Eaker y cols. (1989) investigando en esta línea no pudieron

hallar diferencias significativas en diversos factores de riesgo de coronariopatía (Presión arterial, nivel de lipoproteínas, tabaquismo, consumo de alcohol, diabetes) entre sujetos tipo A y tipo B. Si bien, los tipo A presentaron un riesgo dos veces superior para desarrollar un angor, que los tipo B. Sin embargo, los sujetos tipo A no presentaron mayor riesgo de mortalidad por complicación coronaria, ni de sufrir infarto de miocardio que los tipo B. Este hecho puede explicarse, según algunos autores, por la relación con variables como la ansiedad, o el estilo de afrontamiento.

Se ha encontrado relación entre ansiedad y enfermedad en pacientes que han sufrido un infarto (véase Rosenman, 1988). En este tipo de pacientes se observan reacciones de ansiedad que suele ser de carácter suave en una proporción cercana al 50% (Cassen y Harken, 1983). La mayoría de los pacientes postinfartados presentan dificultades para aceptar una posible pérdida de estatus, miedo a la dependencia, a los cambios en las relaciones familiares y profesionales, o simplemente miedo a la muerte.

Diversos autores (Cassen y Harken, 1983; Gentry, Baldre, Oude-Weme, Musch y Gary, 1983) sostienen que en los sujetos tipo A, la ansiedad es resultado del miedo a la pérdida de control sobre el ambiente. Tras el infarto de miocardio parece darse una progresión de las respuestas psicológicas totalmente predecible que supone fases de ansiedad, depresión, negación y

convalecencia. Los tipo A parecen emplear más la negación y la supresión de síntomas, lo que puede posibilitar una mayor resistencia a elevados y/o prolongados niveles de stress que los sujetos tipo B.

De esta forma, la negación como mecanismo de afrontamiento utilizado para suprimir la ansiedad y la estimulación betaadrenérgica asociada, puede llevar en un momento determinado a mejorar la tasa de supervivencia.

Levenson y cols. (1989) sugieren, atendiendo a los datos de su investigación, que los pacientes que adoptan dicha actitud de negación presentan una evolución más favorable.

Gentry y cols. (1983), por datos de observaciones directas en las unidades hospitalarias, exponen que los sujetos tipo A parecen presentar un estado mayor de alerta, y se manifiestan más activos, amistosos, competitivos, más implicados emocionalmente, más interesados por la vuelta a casa y al trabajo y en general, más interesados en el control de todo su ambiente que los pacientes tipo B. Este afán de control hace que desplieguen mayor iniciativa en la vida diaria del hospital y que vean como un reto el superar esa convalecencia lo antes posible. De hecho, tienden a salir antes del hospital (Gentry y cols., 1983).

En un estudio de seguimiento durante 10 años, llevado a cabo por el

Western Collaborative Group, de la muestra inicial de 3.154 varones de mediana edad, 257 sujetos sufrieron trastornos cardiovasculares de naturaleza isquémica (ver Rosenman y cols., 1964). Tras un ajuste multivariado, los sujetos evaluados y catalogados como tipo A presentaron el doble de incidencia coronaria que los tipo B (Rosenman y cols., 1976). Tras un seguimiento de 22 años para estudiar la probabilidad de mortalidad tras el trastorno, encuentran que los sujetos tipo A que habían padecido un trastorno coronario obtienen mayor tasa de supervivencia a largo plazo que los sujetos tipo B.

Estos hallazgos apoyan la creencia de que la negación pueden llevar a reducir el impacto sobre los aspectos fisiológicos y comportamentales (Cassem y Hackett, 1977; Gentry y cols., 1983).

Según estos datos, podemos pensar que es posible que la negación cognitiva reduzca las manifestaciones de ansiedad asociadas con el aumento de la actividad autonómica y por tanto, suponga la reducción de las consecuencias adversas y, en última instancia, de la recurrencia del trastorno.

A su vez, la percepción de que determinados factores de la enfermedad son predecibles y controlables, puede ejercer también un efecto beneficioso a largo plazo sobre la tasa de mortalidad.

Sin embargo, este tipo de relación puede conllevar, así mismo, consecuencias negativas: puede evitar que el paciente solicite atención médica, lo que supone un riesgo añadido, pues la mayoría de las muertes se producen en las primeras horas que siguen al infarto. La negación puede retrasar una revisión médica tras la aparición de los síntomas.

En resumen, podemos decir que cuando un individuo se encuentra ante una situación que valora como amenazante puede adoptar diversas formas de afrontamiento, según considere que existe o no posibilidad de dominar la situación. Si percibe que no puede dominar la situación, tenderá a soportarla de forma pasiva. Si por el contrario, percibe que puede dominarla, tratará de llevar a cabo una serie de conductas o procedimientos (conductuales o cognitivos) para reducir el nivel de ansiedad que la situación le produce.

Estos dos tipos generales de afrontamiento (pasivo o activo) elevarán la respuesta de activación fisiológica, aumentando la probabilidad de desarrollar distintas enfermedades. Pero una vez que el sujeto ha dominado la situación, bien por medio de una conducta efectiva, bien por una reevaluación de la situación, los niveles de ansiedad descenderán, y la probabilidad de padecer un trastorno se verá atenuada.

En la percepción de las situaciones como amenazantes, neutras o

benignas, tendrán un papel fundamental los rasgos de personalidad. Como señala Spielberger (1966b, 1972), los individuos con un alto rasgo de ansiedad tenderán a percibir más situaciones como amenazantes, que los sujetos con niveles bajos en rasgo de ansiedad.

Por tanto, los sujetos con altos niveles en rasgo de ansiedad, se verán expuestos con mayor frecuencia a situaciones que les generen estados de ansiedad, lo que en última instancia, según los datos aportados por las investigaciones presentadas, supondrá una mayor y más frecuente activación fisiológica y por tanto mayor probabilidad de desarrollar trastornos psicofisiológicos.

Pero evidentemente, esta probabilidad aumentará o disminuirá en función de otros muchos factores determinantes que se han ido recogiendo en estas páginas. De la combinación final de estos elementos dependerá, en última instancia, el riesgo o la vulnerabilidad que un individuo determinado presente.

3.3.3.2. Ira, Hostilidad y Agresión

Dentro del campo de trastornos psicofisiológicos, una de las variables que en los últimos años está dando lugar al desarrollo de numerosas investigaciones

es la ira. Pero antes de abordar esta relación, intentaremos definir esta variable y su relación con otros conceptos como hostilidad y agresión.

Son muchas las definiciones que podemos encontrar sobre el concepto de ira. En la literatura psicológica y psiquiátrica hay tres términos que se refieren a conceptos distintos, aunque relacionados, y que suelen usarse de forma indistinta: ira, hostilidad y agresión (Buss, 1961; Berkowitz, 1962).

Spielberger, Jacobs, Russell y Crane (1983) proponen una definición operativa de dichos constructos. Según estos autores, la ira es un concepto más simple que la hostilidad o la agresión. Ira se refiere a un estado emocional que consiste en sentimientos que varían en intensidad, desde un ligero enfado o irritación hasta la furia o rabia intensa.

Aunque la hostilidad usualmente implica sentimientos de enfado o ira, este concepto tiene una connotación de un grupo complejo de actitudes que motivan hacia comportamientos agresivos dirigidos a la destrucción de objetos o al insulto a otras personas.

Por otra parte, mientras que la ira y la hostilidad se refieren a sentimientos y actitudes, el concepto de agresión implica un paso más allá, con la aparición de comportamientos destructivos o punitivos dirigidos a otras

personas u objetos.

Spielberger, Jacobs, Rusell y Crane (1983), proponen un continuo entre tres conceptos: ira, hostilidad y agresión, en lo que conceptualizan como el Síndrome AHA! (ver Spielberger y cols, 1985, 1988).

En líneas generales, los distintos autores coinciden en describir la ira como una emoción, pero discrepan en sus definiciones según los distintos elementos sobre los que recae el énfasis.

Buss (1961) incluye en su definición componentes autonómicos y esquelético-faciales.

Feshbach (1964) conceptualiza la ira como un estado indiferenciado de arousal emocional.

Kaufman (1970) la define como una emoción que implica un estado de activación fisiológica que conlleva actos fantaseados o intencionados que culmina con efectos perjudiciales para terceras personas.

Schachter (1971) y Novaco (1975) definen la ira como un estado emocional en el que incluyen tanto factores cognitivos como fisiológicos.

Izard, (1977) describe la ira como una emoción primaria que se presenta cuando un organismo es bloqueado en la consecución de una meta o en la satisfacción de una necesidad.

Diamond (1982) la conceptualiza como un estado de arousal con componentes expresivos, subjetivos, viscerales y somáticos.

Para algunos autores, la ira está relacionada con el concepto de valoración. Aunque los procesos temperamentales, endocrinos, neurológicos y fisiológicos influyen en el umbral de irritabilidad, la ira se produce, psicológicamente, cuando una condición, que puede ser un acontecimiento externo, una condición interna o una combinación de ambas, se evalúa de determinadas formas.

En el proceso primario de valoración (Lazarus, 1991) la fuente precipitante se evalúa y se interpreta como una violación del terreno personal (Beck, 1976), una violación de las expectativas y reglas personales (Beck, 1988; Dryden, 1990), un ataque de culpa sobre la identidad del yo (Lazarus, 1991) y/o un bloqueo de la conducta dirigida hacia un fin. Además, la ira surge si la fuente que la precipita se juzga que es intencional, previsible, injustificada, y/o culpable.

Las valoraciones secundarias (Lazarus, 1991) implican la evaluación del individuo sobre su propia capacidad de afrontamiento. La persona puede percibirse a sí misma como incapaz de afrontarlo, pero experimenta irritabilidad debido a las valoraciones primarias. Sin embargo la valoración secundaria no proviene necesariamente de la percepción de una incapacidad de afrontamiento, ya que el individuo puede poseer habilidades adecuadas pero pensar que no debería afrontarlo o incluso que no debería ser expuesto a condiciones negativas. Son procesos de valoración denominados en ocasiones como baja tolerancia a la frustración (Ellis, 1977; Dryden, 1990).

La ira tiende también a aumentar si en el individuo prima el ataque como modo de afrontamiento y/o posee expectativas de resultados positivos de ataque (Lazarus, 1991).

Es importante hacer una distinción entre estado de ira y rasgo de ira (Spielberger y cols., 1983; Spielberger, Krasner y Solomon, 1988; Deffenbacher, 1992).

El estado de ira se define como el estado emocional o condición que consta de sensaciones subjetivas de tensión, enojo, irritación, furia o rabia, con activación concomitante o arousal del sistema nerviosa autónomo.

El rasgo de ira es definido como una dimensión estable de personalidad correspondiente a la tendencia hacia la irritabilidad, es decir la tendencia general a experimentar elevaciones de la ira de modo más frecuente, más intenso y, a menudo, de mayor duración.

En una serie de estudios (Deffenbacher, Demm y Brandon, 1986; Story y Deffenbacher, 1986; Deffenbacher y Eiswerth-Cox, 1991) en los que se comparan sujetos con alta y baja irritabilidad o rasgo de ira, los datos obtenidos reflejan que los individuos con mayor rasgo de ira presentan mayores niveles de estado de ira en una amplia variedad de índices. Al evaluar el grado de ira evocada en una serie de situaciones, por medio del Inventario de Ira (Anger Inventory) de Novaco (1975), los sujetos con mayor rasgo de ira informaron de niveles más altos de ira en un mayor número de situaciones que los sujetos con bajo rasgo de ira. Además, el análisis de las situaciones que recibieron las puntuaciones más elevadas (4 ó 5 sobre una escala de 5 puntos) reveló un mayor número de estas situaciones para individuos de irritabilidad elevada.

López y Thurman (1986) obtienen resultados similares trabajando con muestras de estudiantes universitarios. Los sujetos con un elevado rasgo de ira informaban encolerizarse más frecuentemente e intensamente, ante en una serie de estímulos estresantes comunes a ambos grupos de estudiantes, que los sujetos bajos en rasgo de ira.

Ante las situaciones molestas, los individuos con puntuaciones altas en rasgo de ira, informaban de reacciones de ira significativamente más altas, así como de reacciones diarias de ira más frecuentes e intensas. Tras un análisis cuantitativo, Deffenbacher (1992) concluye que no hay diferencias entre sujetos de alta y baja irritabilidad en cuanto al tipo de situación a la que se ven expuestos, sino que la diferencia estriba en que los sujetos con alta irritabilidad responden ante ellas con mayor reacción de ira. Además, la ira aparece principalmente en contextos interpersonales, lo que apoya los resultados obtenidos por Averill en 1983.

Los individuos de elevada irritabilidad informan también de una mayor activación fisiológica relacionada con la ira. Ahora bien, los sujetos de alta y baja irritabilidad no se diferencian en la clase de síntomas de los que informan, sino únicamente en la intensidad de la respuesta (Deffenbacher, 1992).

Una serie de estudios (Novaco, 1975; Stark y Deffenbacher, 1986a; Deffenbacher, 1992) sugieren que ante la provocación social, los individuos con mayor rasgo de ira responden de forma más airada, más antagonismo verbal y físico y un menor afrontamiento constructivo, y que el antagonismo verbal puede ser un elemento de la expresión de la ira especialmente importante para los individuos con alta irritabilidad general, lo que está en consonancia con las impresiones clínicas de estos sujetos como enérgicos, críticos, fáciles para el

enfrentamiento, prestos a dar su opinión y que se forman ideas y reaccionan rápidamente basándose en impresiones.

Desde un punto de vista clínico, Deffenbacher (1993) defiende la existencia de una irritabilidad crónica caracterizada por informar y experimentar sentimientos de ira en grado suficiente como para buscar ayuda psicológica. En su estudio recogieron una muestra de estudiantes universitarios que puntuaban en el cuartil superior de la Escala de ira Rasgo (Trait Anger Scale -TAS- Spielberger, 1988; Spielberger, Jacobs, Russell y Crane, 1983) y que indicaban tener un problema personal con la ira y un deseo de buscar ayuda. Este grupo de sujetos con elevada irritabilidad se comparó con un grupo de baja irritabilidad sin problemas de ira (definido por sujetos que se encontraban en el cuartil más bajo del TAS y que indicaban que no tenían problemas con la ira).

Los datos apuntaron que los sujetos de alta irritabilidad experimentaban consecuencias negativas de forma significativamente más frecuente. Por ejemplo, los individuos con irritabilidad crónica presentaban mayor probabilidad de abuso de alcohol.

Al rellenar los sujetos una medida multidimensional sobre el concepto de uno mismo (Stark y Deffenbacher, 1986b) los individuos de alta irritabilidad informaban de una menor confianza en sí mismos. Esta autoestima negativa se

encuentra también en Deffenbacher y Stark, 1992.

En cuanto a la relación entre ira y ansiedad, una serie de estudios revelan que altos niveles de rasgo de ansiedad correlacionan positivamente con altos niveles en rasgo de ira, aunque el rasgo de ansiedad parece correlacionar aún más con el estilo de supresión de la ira (ver Deffenbacher y Shepard, 1991).

Aunque la correlación en niveles normales o bajos no está clara, Deffenbacher (1993) sugiere que las explicaciones pueden ser varias: 1. los sentimientos de ira pueden provocar ansiedad al anticipar consecuencias aversivas; 2. la irritabilidad crónica puede derivar o estar influida por las consecuencias de un elevado rasgo de ansiedad; 3. tanto la ira como la ansiedad crónica son parte de una afectividad general negativa debido a la cual los individuos son más propensos a presentar emociones negativas.

En cuanto al término hostilidad, los autores hacen referencia en general a una actitud o motivación que conlleva de forma más explícita una respuesta, y que va acompañada de la emoción de ira.

Buss (1961) describe la hostilidad como una actitud que implica una respuesta verbal implícita.

Saul (1976) define hostilidad como la fuerza motivante, ya sea consciente o inconsciente, la tendencia, intento o reacción, dirigida a dañar o destruir algún objeto, acompañada normalmente por el sentimiento de ira.

Plutchik (1980) considera la hostilidad como una mezcla de emociones, entre las que destaca la ira y el disgusto, asociadas con indignación, desprecio y resentimiento.

Por último, en cuanto a la agresión, Spielberger y cols. (1983) diferencian dos tipos de agresión:

- Agresión hostil: conductas motivadas por la ira.
- Agresión instrumental: conductas agresivas dirigidas a salvar obstáculos situados entre el agresor y la meta. Tales conductas no estarían motivadas por la ira.

Los individuos que están frecuentemente irritados no son necesariamente agresivos. En ocasiones muestran agresión verbal o física, pero ésta tiende a ser relativamente suave e infrecuente comparada con los períodos relativamente frecuentes e intensos de las emociones de ira. Es decir, experimentan en mayor grado un trastorno emocional de ira que un trastorno de control de los impulsos

de agresión conductual (Deffenbacher, 1993).

Esta ambigüedad en las definiciones de ira, hostilidad y agresión, así como de los elementos sobre los que se hace hincapié, se refleja en los procedimientos de evaluación.

Los primeros esfuerzos para evaluar ira y hostilidad estaban basados en entrevistas clínicas, observaciones conductuales, técnicas proyectivas como el Rorschach o el Test de Apercepción Temática (TAT). Al principio de los años 50 se desarrollaron un buen número de escalas psicométricas para medir hostilidad (Cook y Medley, 1954; Schultz, 1954; Siegel, 1956; Buss y Durkee, 1957; Caine, Foulds y Hope, 1967), pero esta concepción fenomenológica de la ira como un estado emocional, es decir, sentimientos de enfado, fue rechazada por la investigación psicológica.

La necesidad de distinguir entre ira y hostilidad fue recogida en los años 70 mediante la aparición de tres escalas de ira: The Reaction Inventory -RI- (Evans y Stangeland, 1971), The Anger inventory -AI- (Novaco, 1975) y The Anger Self-Report -ASR- (Zeling, Adler y Myerson, 1972).

Las dos primeras escalas evalúan el grado de ira evocada presentando una serie de incidentes o situaciones que pueden generar ira. El sujeto evalúa

el grado en que dicho incidente puede provocar ira.

Según Spielberger y cols. (1988), el -RI- y el -AI- confunden la experiencia y la expresión de ira con los determinantes situacionales de las reacciones de ira. El -ASR- mide, a su vez, diferentes modos de expresión de ira.

Sin embargo, el -RI- y el -ASR- han sido muy poco utilizados, por lo que la validez de constructo deberá ser aún establecida (Spielberger y cols., 1988). El -AI- ha sido utilizado más frecuentemente. En cualquier caso, ninguna de las escala diferencia entre estado y rasgo de ira.

Para estudiar la ira es necesario medir una serie de elementos: Intensidad de los sentimientos en un momento particular, la frecuencia en que se experimenta la ira y si la ira es suprimida o expresada como conducta agresiva hacia otras personas u objetos del ambiente, y también el grado en que una persona se implica en controlar la ira (Spielberger y cols. 1985; Spielberger y cols., 1988).

En cuanto a las implicaciones de la ira, ésta interfiere en las relaciones interpersonales hasta el punto de llegar a ser relaciones conflictivas y muy tensas. También pueden verse afectadas las actividades profesionales, suponiendo una dificultad para las interacciones interpersonales interfiriendo

en la concentración y la realización de las tareas. Igualmente la ira influye en el estado general de salud puesto que la ira debilita el sistema inmunitario y, desde fechas tempranas existe una extensa literatura que puntualiza la ira y la hostilidad como factores importantes que predisponen a padecer diferentes trastornos (Diamond, 1982; Spielberger, 1988).

La ira ha sido relacionada principalmente con los trastornos coronarios (Matthews, Glass, Rosenman y Bortner, 1977; Willians, Haney, Lee, Kong, Blumenthal, y Whalen, 1980; Jenkins, Stanton, Klein, Savageau y Harken, 1983) para una revisión extensa véase Martín, 1993).

Alexander postuló ya en 1939 que los hipertensos luchan en contra de sus sentimientos de ira y tienen dificultad de expresarla. Para este autor, aquellos que se esfuerzan en controlar su ira presentan una activación crónica del sistema autónomo y cardiovascular, y eventualmente elevaciones mantenidas de presión sanguínea.

Smith y Christensen (1992) proponen un modelo que sugiere que las personas hostiles experimentan episodios de ira con más frecuencia y se hallan más a menudo en un estado de vigilancia de su medio ambiente; existe por tanto una asociación entre ira y vigilancia que conlleva niveles elevados de respuestas cardiovasculares y neuroendocrinas que contribuyen al desarrollo de

enfermedad.

Suarez y Williams (1990) consideran que personas con hostilidad alta y probabilidad de mostrar ira hacia fuera tienen más riesgo de padecer trastornos coronarios, mientras que quienes suprimen la expresión de ira tienen un riesgo más alto de padecer hipertensión.

Una serie de investigaciones que relacionan la variable ira y la hipertensión esencial pueden verse en el punto 3.5.2.1.3.

Debemos señalar, así mismo, trabajos que relacionan las variables de ira y hostilidad con la enfermedad argumentando que las personas hostiles aumentan su riesgo de padecer una enfermedad debido a que sus hábitos de salud son deficitarios. Así por ejemplo, Smith y Christensen (1992) encuentran correlaciones entre alta hostilidad y falta de ejercicio físico, bajo cuidado personal y episodios de bebida y juego.

También se han encontrado correlaciones positivas entre medidas de ira y hostilidad y consumo de tabaco y alcohol (Shekelle, Gale, Ostfeld y Paul, 1983).

Sin embargo, en otros estudios los resultados se muestran contrarios a

estas hipótesis. Barefoot, Dahlstrom y Williams (1983) en un estudio longitudinal con un seguimiento de 25 años, no encontraron correlación entre hostilidad y consumo de tabaco.

3.4. MODELOS EXPLICATIVOS DE LA GENESIS DE LOS TRASTORNOS PSICOFISIOLOGICOS.

En la investigación sobre trastornos psicofisiológicos se han considerado sucesivamente distintos elementos como fundamentales en la explicación de la génesis, desarrollo y mantenimiento de este tipo de trastornos: factores genéticos, emocionales, distintos rasgos de personalidad, condiciones ambientales, formas de afrontamiento al stress, variables cognitivas, etc. A lo largo de estas páginas se han recogido un buen número de estudios que avalan la importancia y la influencia de todas ellas.

Estas consideraciones han motivado la elaboración de modelos explicativos de las enfermedades psicofisiológicas, que difieren principalmente en el énfasis otorgado a las distintas variables.

Gran parte de la investigación en el ámbito de los trastornos psicofisiológicos se han basado en las consecuencias de la respuesta fisiológica a las situaciones de stress. Esto ha hecho que también un gran número de modelos explicativos de los trastornos psicofisiológicos se basan en este elemento.

Estos modelos basados en las consecuencias que puede provocar la

exposición a situaciones de stress parten de un eje común: el organismo necesita para realizar su actividad diaria cierto grado de activación, pero no puede mantener de forma constante un ritmo de actuación por encima de sus posibilidades. Si esto ocurre pueden producirse trastornos psicofisiológicos a diferentes niveles.

La probabilidad de que un trastorno psicofisiológico se desarrolle aumentará con el incremento de la frecuencia o duración de la respuesta de activación provocada por la situación de stress o considerada como tal por el sujeto.

Partiendo de este supuesto común, la diferencia principal entre los distintos modelos teóricos será la relevancia otorgada a los distintos factores como responsables del control de dichos mecanismos.

3.4.1 LA TEORIA DEL ORGANO O SISTEMA DEBIL

Las teorías de la activación general de la emoción, entre las que destaca la Teoría de Síndrome General de Adaptación de Selye, ponen el énfasis en el desequilibrio que una situación de stress provoca sobre la homeostasis del organismo. Este desequilibrio aumentaría la susceptibilidad general hacia el

padecimiento de trastornos.

El punto central de esta teoría es la consideración de la respuesta fisiológica a las situaciones de stress como inespecífica o generalizada. Sin embargo, los efectos a largo plazo del stress sobre los sistemas orgánicos no siempre derivan en un trastorno psicofisiológico, y además en el caso de que sí se produzca ¿porqué se produce uno u otro?.

Desde esta concepción, la explicación de la génesis y desarrollo de los trastornos psicofisiológicos viene sustentada o encuentra apoyo en lo que se puede denominar de forma genérica la Teoría del órgano o sistema débil.

Según esta orientación, las alteraciones ocurren cuando en el organismo existe un órgano debilitado (como el estómago, dándose la úlcera) o un sistema débil (como el cardiovascular en el caso de la hipertensión arterial).

El eslabón más débil de la cadena es el que se deteriorará en primer lugar, bajo el efecto de la exposición a situaciones de stress. Ese eslabón es distinto según los individuos. Cada individuo presenta un órgano más débil que los otros y esa debilidad del órgano/sistema puede ser debida a factores hereditarios, como resultado de una enfermedad previa, o estar relacionada con factores como la alimentación o el uso de sustancias tóxicas (Bensabat, 1987).

Estos factores denominados condicionantes modifican la eficacia de las respuestas neuro-hormonales de defensa del organismo y entre ellas la cualidad y cantidad de secreción de adrenalina y de corticoides. La secreción de estas hormonas que determinan las respuestas metabólicas y las reacciones de nuestro comportamiento dependen a su vez del psiquismo que juega un papel primordial en el dominio del stress (Bensabat, 1987).

Por tanto, desde esta concepción, el mecanismo biológico del stress es siempre idéntico, pero los resultados varían en función del agente causante del stress y de los factores que condicionan el grado de vulnerabilidad de un determinado órgano.

3.4.2. EL MODELO DE VULNERABILIDAD-STRESS DE STERNBACH

Actualmente son muchos los autores que defienden diversos grados de especificidad o patrones específicos de respuesta ante el stress.

De este modo, ante una situación de tensión crónica algunos individuos responderán generalmente con reacciones musculares, otros con reacciones del sistema cardiovascular o incluso otros con reacciones gastrointestinales (Tobeña, 1983; Dimsdale, 1985; Weiner, 1985b).

Uno de los modelos explicativos más extendidos sobre los trastornos psicofisiológicos, centrados en la estereotipia individual de respuesta es el modelo de Sternbach (1966).

En este modelo se entiende por stress la exposición repetida y/o continuada del sujeto a situaciones que producen un aumento en la activación. Sternbach defiende el concepto de vulnerabilidad y pone énfasis en la necesidad de considerar todos los factores que contribuyen a explicar una determinada alteración.

En su modelo destacan tres elementos:

1. La estereotipia individual de respuesta o predisposición a responder de un modo particular ante situaciones diversas, lo que conlleva una activación constante de determinados órganos o sistemas fisiológicos.

Sternbach (1966) centra su investigación en el concepto de respuesta estereotipada o respuesta preferida ante el stress. Son muchos los autores que apoyan esta línea, citando los más clásicos encontramos ya en 1944 a Cameron, Malmö y Shagass (1949), Lacey y Lacey (1958, 1962), Moss y Engel (1962).

2. El fallo en el mecanismo homeostático que puede estar causado por una acumulación de stress, enfermedades previas o predisposición genética.

Aunque la respuesta sea estereotipada y sea elicitada frecuentemente no tiene porqué causar trastornos si dicha respuesta vuelve rápidamente a los niveles base. Sin embargo, si la respuesta es frecuentemente activada, puede llegar a superar los mecanismos de feedback encargados de mantener los niveles basales. En este punto es donde Sternbach sitúa el origen del problema, en la lentitud en el retorno a la línea base que provocaría el desarrollo gradual de un fallo homeostático.

Malmö, Shagass y Davis (1950) realizaron un experimento clásico con dos grupos, uno de sujetos normales y otro de sujetos con ansiedad crónica. Midieron los niveles de EMG en el cuero cabelludo ante una situación estresante (disparar con una pistola a un blanco de cartón). La latencia de respuesta fue prácticamente la misma en ambos grupos. Sin embargo, en los sujetos normales la tensión muscular comenzó a descender en muy poco tiempo, mientras que el grupo de sujetos con ansiedad crónica no sólo no disminuyó su tensión tras la fase experimental sino que siguió subiendo aún después de que los sujetos normales hubieran empezado a bajar.

3. El tercer elemento del modelo de Sternbach (1966) es la frecuencia de

disparo de la respuesta.

La mera existencia de la respuesta estereotipada no es causa suficiente para la aparición de los trastornos psicofisiológicos, además es necesario que el órgano preferido esté en frecuente activación. Si el individuo permanece en un ambiente de bajo stress, la respuesta estereotipada no será suscitada siendo poco probable la somatización. Si las circunstancias ambientales provocan frecuentes disparos de la respuesta, entonces sí puede darse la aparición del trastorno.

En este modelo, los determinantes situacionales son esenciales ya que, el tipo de reacción ante los estresores puede variar en las distintas situaciones haciendo también que las consecuencias fisiológicas cambien.

Así mismo, Sternbach incluye en su modelo la posibilidad de que en ausencia de estresores objetivos o reales, un individuo puede percibir acontecimientos o situaciones cotidianas como estresantes y reaccionar ante ellas con un incremento en sus respuestas fisiológicas. Esta percepción "no objetiva" se debe a actitudes específicas que se han cronificado, o a características de personalidad que afectan significativamente a la percepción e interpretación de los estímulos.

Como vemos, el modelo de vulnerabilidad y el modelo del órgano o

sistema débil defienden mecanismos muy parecidos en cuanto a su desarrollo y a los posibles factores implicados. La diferencia principal estriba en la consideración de la respuesta al stress como inespecífica, o por el contrario considerar que existen patrones específicos de respuesta.

El modelo de Sternbach ha sido la base de muchos investigadores posteriores (Stoyva y Budzinsky, 1974; Stoyva, 1976, 1977).

3.4.3. EL MODELO DE STOYVA

Basado en el modelo de Sternbach, Stoyva (1976, 1977) añade un elemento más: el refuerzo social, proponiendo tres fases en la aparición de un trastorno psicofisiológico:

1. En una primera fase estamos ante una respuesta adaptativa. Una situación ambiental produce alarma en el SNC que pone en marcha la respuesta típica o estereotipada del sujeto, volviendo rápidamente a la línea base.

2. En la segunda fase se dan una serie de condiciones que aceleran el proceso: la respuesta es frecuentemente activada y es socialmente reforzada.

3. Como consecuencia de las dos fases anteriores se da un fallo homeostático, de tal manera que llegando a esta tercera fase, ante la respuesta de alarma del SNC se provoca la respuesta estereotipada mientras que el retorno a la línea base se hace cada vez más lento.

El refuerzo social puede ser un elemento muy importante en algunos trastornos a través del refuerzo de una serie de conductas externas como las quejas, las expresiones de malestar, el posponer actividades, etc., lo que a su vez produce, según Stoyva, el refuerzo de su patrón característico de arousal fisiológico.

3.4.4. EL MODELO DE LACHMAN

El modelo de Lachman (1972) trata de dar una explicación conductual de los trastornos psicofisiológicos. Para Lachman el hecho de que un órgano se vea afectado por factores psicosociales depende fundamentalmente de cuatro elementos:

1. Factores genéticos que predisponen biológicamente a que un órgano sea dañado.

2. Factores ambientales entre los que destacarían la alimentación, el haber sufrido algún trauma físico o alguna infección.

3. Estructuras específicas implicadas en la reacción psicofisiológica y que están directamente relacionados con el órgano afectado.

4. Parámetros de frecuencia, intensidad y duración de la activación del órgano.

3.4.5. MODELOS BASADOS EN VARIABLES COGNITIVAS MEDIADORAS

Desde una perspectiva más cognitiva, Lazarus y Folkman (1986) señalan que, en la interacción entre individuo y situación, los procesos de valoración y afrontamiento determinan tanto la vulnerabilidad al stress como la aparición de emociones específicas, las cuales darían lugar a trastornos fisiológicos específicos.

Partiendo de posiciones comunes a los modelos de Sternbach o Stoyva, pero influidos por autores como Lazarus (1977); Meichenbaum (1977) y Upper y Cautela (1979), diversos autores ponen el énfasis en el papel desempeñado por las variables cognitivas mediadoras entre el estresor y la respuesta de activación

del organismo, como determinantes de la vulnerabilidad.

Para Schwartz (1977) y Cohen (1978) el stress es en ocasiones autogenerado por el propio individuo a partir de una demanda del medio, sin que pueda advertirse un peligro "real" para el sujeto. Entre estas situaciones estarían las demandas de adaptación al cambio, la frustración o el conflicto. Así mismo, las expectativas, el estado de ánimo, los pensamientos, etc. pueden hacer que una misma situación sea percibida de diferente forma (con distinto grado de amenaza para el sujeto). Esto explicaría el hecho de que un gran número de sujetos con trastornos psicofisiológicos presenten respuesta de alarma ante situaciones que los clínicos son incapaces de catalogar como mínimamente peligrosas.

De este modo, estos sujetos viven como peligrosas un gran número de situaciones y por lo tanto activarán frecuentemente la respuesta estereotipada produciendo finalmente el fallo homeostático defendido por Sternbach.

Son muchos los autores (recogidos a lo largo de las páginas precedentes) que en esta línea defienden la importancia de las variables cognitivas. En cualquier caso, la tendencia actual es la de aglutinar en los modelos explicativos, no un sólo elemento, sino todos aquellos que inciden de forma multicausal en los trastornos psicofisiológicos.

3.4.6. EL MODELO MULTICAUSAL DE SCHWARTZ

Schwartz (1979) ha propuesto un modelo multicausal del desarrollo de trastornos psicofisiológicos basado en la ruptura del control homeostático del individuo en su medio (véase Thomson, 1988). Esta ruptura puede darse en alguno de los cuatro estadios del siguiente proceso:

1. Las demandas ambientales que exigen un cambio corporal o ajuste adaptativo.
2. El procesamiento de la información a nivel del S.N.C., que busca el equilibrio entre las demandas ambientales y la actividad de los sistemas fisiológicos internos.
3. La respuesta fisiológica de los órganos periféricos, donde podemos encontrar patrones fisiológicos específicos asociados con estados emocionales individuales.
4. El feedback negativo al cerebro.

3.4.7. EL MODELO DE LABRADOR

En la misma línea de Schwartz, Labrador (1992) y Labrador y cols. (1987), propone un modelo multicausal del desarrollo de trastornos psicofisiológicos.

Sostiene que los trastornos fisiológicos pueden venir determinados por los problemas que se pueden desarrollar a partir de alteraciones o mal funcionamiento en cuatro puntos básicos:

1. Sucesos estresores o demandas del medio.

El problema puede provenir de que la persona se vea sometida a situaciones estresantes excesivamente intensas o duraderas

2. Procesamiento cognitivo.

Los problemas pueden desarrollarse a partir de un fallo en distintos aspectos cognitivos: la evaluación automática de la situación, la evaluación primaria, la evaluación secundaria o la selección y organización de la respuesta.

3. Conductas de afrontamiento

Los problemas pueden deberse a que la persona no tenga respuestas con las que hacer frente a la situación, no sea capaz de emitirlas o no pueda hacerlo en el momento preciso, emita conductas inadecuadas, etc.

4. Respuestas fisiológicas.

Una inadecuada emisión de respuestas fisiológicas implicadas en la economía del organismo, bien por exceso o bien por defecto.

Estos problemas en interacción del patrón específico de respuesta que puede dar lugar a un "órgano diana", y la predisposición biológica, determinarán en última instancia la aparición de un trastorno psicofisiológico.

3.5. CLASIFICACION DE LOS TRASTORNOS PSICOFISIOLOGICOS

El Manual de Diagnóstico de la Asociación de Psiquiatría Americana DSM II reconocía la existencia de enfermedades orgánicas psicógenas, estableciendo que sólo determinadas enfermedades podían ser debidas a causas psicológicas. En este manual se definen nueve categorías principales de trastornos en función del órgano o sistema corporal afectado.

Sin embargo, la investigación en el campo demostraba paulatinamente la relevancia de los factores psicológicos en la etiología y desarrollo de un gran número de enfermedades no consideradas inicialmente como psicofisiológicas, que engloban desde trastornos neurológicos como la esclerosis múltiple hasta enfermedades infecciosas como la tuberculosis o incluso enfermedades inmunológicas como la leucemia (Wittkower y Dudek, 1973).

Con este creciente reconocimiento de la implicación de factores psicológicos o emocionales en el desencadenamiento y/o agravamiento de la mayoría de las enfermedades orgánicas, se hizo patente la ineficacia del esquema anterior. El DSM II no podía dar cuenta de estos resultados y era necesario un cambio en el sistema clasificatorio vigente hasta entonces.

Lipp, Looney y Spitzer (1977) señalaron que el DSM III debía tomar en

consideración el grado en que los factores psicosociales pueden influir en la condición física. Este objetivo fue adoptado e incorporado en la tercera edición del manual DSM III. Recomendaron, así mismo, que la sección independiente de Trastornos Psicofisiológicos fuese eliminada y sustituida por una nueva sección denominada "Factores psicológicos en la condición física" adoptándose finalmente el título: "Factores psicológicos que afectan al estado físico".

Esta sección del DSM III incluye no sólo los trastornos psicofisiológicos tradicionales señalados en el anterior DSM II, sino también aquellas alteraciones físicas en las que se han podido encontrar factores psicológicos significativos en el desencadenamiento o agravamiento del trastorno.

De esta forma, al describir los trastornos psicofisiológicos no se hace referencia a un grupo distinto de enfermedades, sino a aquellas alteraciones físicas que son precipitadas, agravadas o prolongadas por factores psicológicos.

Con la adopción, por parte de la APA, de este nuevo sistema se pretende evitar la consideración de un determinado trastorno o enfermedad como exclusivamente psicológico u orgánico.

A partir del DSM III (DSM III-R) la American Psychiatric Association (APA) recoge la idea de que los factores psicológicos tienen un papel de gran

relevancia en la mayoría de las enfermedades.

Esta misma idea es recogida en el capítulo V sobre Trastornos Mentales y del Comportamiento de la 10ª edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), en la cual, el término *psicosomático* no se utiliza ya que "... puede implicar que los factores psicológicos no jueguen un papel en el desencadenamiento, curso y evolución de otras enfermedades no descritas como *psicosomáticas*..." (CIE-10 cap. V pág 26).

En este manual, los trastornos clasificados anteriormente como *psicosomáticos* son divididos en varios apartados: trastornos somatomorfos (F45), trastornos de la conducta alimentaria (F50), disfunción sexual de origen no orgánico (F52) y *factores psicológicos y del comportamiento en trastornos o enfermedades clasificados en otro lugar* (F54). Esta última categoría (F54) se ha creado con el fin de señalar la existencia de trastornos orgánicos (codificados en otros capítulos del CIE) con etiología emocional. Por ejemplo, el asma puede clasificarse como F54 + J45, la úlcera gástrica como F54 + K25, etc.

La mayoría de los profesionales de la Medicina Psicosomática, Medicina Conductual o Psicología de la Salud apoyan este nuevo sistema clasificatorio ya que enfatiza una aproximación etiológica multicausal de la enfermedad (Gatchel, Baum y Krantz, 1989).

3.5.1. DESCRIPCION DE ALGUNOS TRASTORNOS PSICOFISIOLOGICOS

En las páginas siguientes, realizaremos un breve recorrido por algunos de los trastornos sobre los que existe mayor evidencia de la implicación de factores psicosociales (para una información más extensa véase Weiner, 1975; Gatchel, Baum y Krantz, 1989; Fuentenebro y cols., 1990). De esta relación se excluyen la hipertensión arterial y la úlcera péptica ya que posteriormente nos centraremos de forma más amplia en estos dos trastornos, a los que clásicamente se ha considerado prototipo de trastornos psicofisiológicos, que serán el núcleo central de la investigación desarrollada en la presente tesis.

Enfermedad coronaria

Por enfermedad coronaria se entiende el desequilibrio entre la cantidad de oxígeno que necesita el músculo cardíaco (miocardio) y la cantidad real aportada por la circulación de la sangre. Este hecho facilita el desarrollo de problemas como infartos de miocardio (muerte de una parte del tejido muscular del corazón), anginas de pecho (dolor de la parte posterior al esternón, brazos o cuello) y en general trastornos cardíacos derivados de la falta de riego sanguíneo. Por lo general suele deberse a la formación de placas ateromatosas en las arterias coronarias lo que perjudica la perfusión miocárdica.

La enfermedad coronaria actualmente constituye una de las principales causas de muerte en la cultura occidental. Su incidencia aumentó espectacularmente a partir de la II Guerra Mundial, alcanzando las cifras más altas en la década de los sesenta. A partir de entonces los índices de mortalidad por enfermedad coronaria se estabilizan y comienzan a declinar en los países industrializados, aunque el incremento persiste en los países del este de Europa y en algunos países mediterráneos (Kringlen, 1986).

Taquicardia

Este trastorno se caracteriza por incrementos significativos en el ritmo cardíaco.

Arritmias cardíacas episódicas

Por arritmia cardíaca episódica se entiende las alteraciones en el ritmo de contracción del corazón que aparecen de forma esporádica.

Enfermedad de Raynaud

Se trata de un trastorno circulatorio periférico localizado especialmente en manos y pies como resultado de una excesiva constricción de determinadas

arterias o arteriolas, que provoca falta de riego momentáneo en la zona regada por las mismas. Este trastorno se da en episodios esporádicos que producen cambios en la coloración de los miembros y van acompañados por dolor.

Síndrome del intestino irritable

También denominado colon irritable o colon espástico , es un trastorno episódico debido a la alteración de la motilidad intestinal (por exceso o defecto) que facilita la aparición de dolores y molestias abdominales, flatulencias, diarreas y sensación de distensión. No se relaciona tampoco con una alteración orgánica. Suelen cursar con períodos de exarcebación seguidos de temporadas en las que los síntomas se atenúan o llegan incluso a remitir. En cuanto a la epidemiología, este trastorno puede aparecer en cualquier edad, aunque es más probable entre los 30 y los 50 años y presentándose además con más frecuencia en las mujeres (Mones, 1988).

Colitis ulcerosa

Se entiende por colitis ulcerosa a la inflamación de la mucosa y la submucosa del colon, pudiendo también afectar al recto y al íleon terminal. Cursa con síntomas como diarrea sanguinolenta o con mucus, dolor abdominal, fiebre y deterioro general.

Los niveles de incidencia presentan una distribución bimodal con dos picos situados en torno a los 30 y los 50 años. Siguen un curso crónico con períodos de reagudización. En el 50% de los casos, las lesiones de la mucosa pueden generar cáncer de colon, o a complicaciones como la formación de abscesos, perforación intestinal o megacolon tóxico (Fuentenebro y cols. 1990). A lo largo de su evolución aparecen con frecuencia alteraciones afectivas o cuadros esquizofrénicos debidos a la utilización prolongada de corticoides. Estos síntomas psicóticos predicen una evolución desfavorable de la enfermedad (Oken, 1985).

Otras alteraciones gástricas

Existen otras muchas alteraciones gástricas entre las que se incluyen: molestias digestivas, digestiones lentas, estreñimiento, aerofagia, dificultades para tragar por espasmos esofágicos, etc.

Asma bronquial

El asma bronquial es una enfermedad obstructiva de los bronquios caracterizada por respiración entrecortada, tos, sibilancias y sensación de ahogo producida por una disminución en el diámetro de los bronquios a través de los cuales el aire pasa a los pulmones. Estas constricciones se producen por el

engrosamiento de la mucosa bronquial y/o contracción de los músculos bronquiales. Los ataques de asma habitualmente comienzan de modo repentino y los síntomas pueden permanecer desde menos de una hora hasta varias horas o incluso días. Entre los ataques no se detecta ningún síntoma anormal.

Clásicamente se han diferenciado dos tipos de asma:

a. Asma extrínseco o alérgico, relacionado con una reacción inmunitaria ante un antígeno (pólenes, polvo, etc.) que interacciona con un anticuerpo del tipo IgE. Este tipo de asma tiene una mayor incidencia en niños y jóvenes.

b. Asma intrínseco o idiosincrásico, cuya patogenia no parece estar asociada a las inmunoglobulinas del tipo IgE. Es menor la evidencia de los factores hereditarios o alérgicos. Este tipo de asma es más frecuente en personas a partir de los 40 años y sin antecedentes alérgicos.

Síndrome de hiperventilación

Se entiende por síndrome de hiperventilación al aumento de la actividad respiratoria por encima de las necesidades normales con la subsiguiente disminución de los niveles de anhídrido carbónico (CO₂) en sangre, lo que ocasiona el desarrollo de alcalosis metabólica acompañada de síntomas como

mareo, debilidad o sentimientos de despersonalización.

Otras alteraciones respiratorias

Entre ellas se incluyen la taquipnea (respiración rápida y en forma de suspiros), las dificultades respiratorias episódicas o disnea y las sensaciones de opresión torácica.

Alteración de la respuesta del sistema inmunológico

El sistema inmunológico es el sistema encargado de defender el organismo contra posibles antígenos (supuestos agentes nocivos para el organismo).

En la última década ha habido un crecimiento espectacular del interés por el estudio del sistema inmunitario, y por el papel fundamental que éste supone en el desarrollo de diversas enfermedades, entre las que destacan por su creciente investigación, el cáncer y el SIDA. Los datos ponen en evidencia que existen una serie de factores que correlacionan con la respuesta inmunitaria (ver Freixa i Baqué, 1991):

- El stress agudo tiende a deprimir las respuestas inmunológicas mientras

que el stress crónico podría aumentarlas ligeramente.

- La manipulación del sistema nervioso simpático deprime generalmente las respuestas inmunológicas mientras que la manipulación del sistema nervioso parasimpático puede aumentarlas.

- La reacción de duelo tras la muerte de un ser querido deprime las respuestas inmunológicas.

- La forma de reaccionar ante una enfermedad grave (como el cáncer) puede influir en el sistema inmunitario. Las actitudes optimistas pueden facilitar la curación mientras que por el contrario, el curso de la enfermedad puede acelerarse con una actitud pesimista e "indefensa".

Artritis reumatoide

Es un trastorno en el que están implicados múltiples sistemas orgánicos, se caracteriza por el deterioro de los cartílagos de las articulaciones que revisten el hueso y por la consiguiente erosión del mismo. El resultado final es una deformación de las articulaciones con deterioro de su funcionamiento y la aparición de dolor.

Hipertiroidismo

Se entiende por hipertiroidismo al trastorno provocado por un exceso de secreción de las hormonas tiroideas. Es un cuadro complejo que conlleva manifestaciones psicológicas como ansiedad, sensación de tensión, irritabilidad, hiperactividad, alteraciones de la afectividad, de la atención e incluso de la memoria. Así mismo, ocasiona alteraciones de corte fisiológico como taquicardias, temblores, aumento del apetito, disminución del peso y aumento de la temperatura corporal, alteraciones intestinales, cansancio generalizado y trastornos del sueño.

Hipotiroidismo

Es un trastorno provocado por una disminución en la secreción de las hormonas tiroideas. Los principales síntomas psicológicos son un enlentecimiento de la actividad cognitiva, deficiencias de la atención, memoria, así como conductas similares a las que aparecen en los episodios depresivos. A nivel fisiológico supone la aparición de bradicardias (enlentecimiento del ritmo cardíaco), disminución de la temperatura corporal, estreñimiento e incluso esterilidad.

Síndrome de Cushing

El síndrome de Cushing está ocasionado por exceso de secreción de glucocorticoides. Las manifestaciones psicológicas más frecuentes son las conductas depresivas graves, los cambios afectivos constantes, la hipersensibilidad e irritabilidad. A nivel fisiológico aparecen alteraciones como obesidad, debilidad y sensaciones constantes de fatiga, hipertensión, aparición de vello y falta de menstruación.

Diabetes

Es una enfermedad crónica producida por un déficit de insulina. En este trastorno el stress no parece jugar un papel provocador de la enfermedad sino más bien interviene en el desarrollo o agravamiento del problema ya establecido.

Hipoglucemia

Se entiende por hipoglucemia a la disminución en los niveles de glucosa en sangre . Los síntomas más característicos son las conductas de ansiedad, inquietud psicomotriz, irritabilidad, temblores y taquicardias.

Prurito

Es un trastorno dermatológico que consiste en un picor de la piel, bien generalizado o bien específico de ciertas áreas (anal y vulvar como más frecuentes)

Sudoración excesiva

Exceso de sudoración localizado principalmente en manos y axilas como respuesta a estímulos o situaciones emocionales.

Dermatitis atípica

Este trastorno consiste en una irritación de la piel producida por un rascado continuo como respuesta al picor. Puede llevar a la aparición de lesiones cutáneas.

Otros trastornos dermatológicos

Entre los trastornos dermatológicos en los que los factores psicológicos pueden jugar un papel importante se incluyen también la alopecia, urticaria crónica, seborrea, acné, etc.

Dolor crónico

El dolor crónico es uno de los trastornos psicofisiológicos a los que la psicología está prestando una especial atención, creandose para su investigación en algunos centros las denominadas unidades de dolor. Entre los más corrientes encontramos las lumbalgias.

Cefaleas

Se entiende por cefaleas a los dolores de cabeza episódicos. Por su incidencia entre la población es considerado uno de los trastornos más comunes. Se estima que alrededor del 95% de las cefaleas son funcionales. Las cefaleas pueden clasificarse en tensionales (debido a alteraciones musculares), migrañosas (alteraciones de las arterias que riegan la zona cefálica) y mixtas. En la actualidad la psicología cuenta con una importante investigación en este área.

Dismenorrea

La dismenorrea se caracteriza por menstruaciones irregulares y dolorosas.

3.5.2. HIPERTENSION ARTERIAL

La hipertensión arterial se caracteriza por el incremento de los niveles de presión con los que la sangre pasa por los vasos sanguíneos. Estos niveles elevados en la presión de la sangre, están por encima de los requerimientos metabólicos del organismo y facilita la aparición de accidentes cardiovasculares a medio y largo plazo (infartos, hemorragias cerebrales, etc).

Atendiendo a su origen existen dos grandes tipos de hipertensión:

1. *Hipertensión esencial o primaria*, cuyo origen no puede ser determinado orgánicamente siendo, por tanto, un trastorno funcional. Es en este tipo de hipertensión en el cual la Psicología de la Salud se ha interesado especialmente.

2. *Hipertensión secundaria*, cuyo origen está relacionado con un fallo o daño orgánico. En ocasiones la hipertensión secundaria puede aparecer como consecuencia de daños provocados por una hipertensión esencial no tratada.

La distinción entre una y otra radica en los factores etiológicos que la originan. La hipertensión secundaria aparece como resultado de la alteración en uno o varios elementos claves de control del sistema cardiovascular (Guyton,

1986).

Sin embargo, la mayor parte de los casos, concretamente alrededor del 90-95% de las personas que padecen hipertensión no presentan alteración orgánica o funcional evidente que justifique tal elevación de la presión arterial, es decir, los mecanismos etiopatológicos no están establecidos, sufren por tanto de hipertensión esencial o primaria.

La hipertensión arterial primaria es de naturaleza insidiosa, puede mantenerse latente durante largo tiempo. Así mismo, es un trastorno atípico en el sentido de que en general, carece de sintomatología específica (Pennebaker, Gonder-Frederic, Stewart y cols., 1982), es decir, es una enfermedad silenciosa, por lo que su detección es aún más difícil.

Debido a su frecuencia, y a sus graves repercusiones dado el alto porcentaje de muertes debidas a enfermedad cardiovascular como resultado de una hipertensión grave (Kannel, 1977), así como al elevado coste social y laboral de esta patología (Alderman, 1984), la hipertensión constituye uno de los problemas más graves en los servicios de salud.

En los países desarrollados, entre los que situamos a España, su prevalencia se estima entre un 18% y un 20 % en la población adulta, porcentaje

que se incrementa con la edad; así, en la población infantil se estima en un 4% y en personas mayores de 65 años llega a un 50%. (Fuentenebro y cols., 1990). Se estima que sólo en E.E.U.U. hay alrededor de 60 millones de hipertensos (Sheridan y Radmacher, 1992). Según estos datos, padecen hipertensión entre la población adulta de nuestro país, alrededor de cinco millones de personas.

El problema se agrava si tenemos en cuenta que se estima que más de un 50% de las personas que padecen hipertensión lo ignoran y sólo algo más del 30% de la población tiene la tensión arterial bien regulada. Como señalan Ditto y Miller (1989), un gran número de personas con niveles de tensión normal desencadenan aumentos transitorios de la presión arterial ante una amplia gama de estímulos ambientales que conllevan una reacción emocional intensa, si bien, esta reactividad cardiovascular es mayor en pacientes hipertensos o con antecedentes familiares de hipertensión.

No existe una delimitación clara entre la normotensión y la hipertensión aunque, habitualmente a nivel clínico, se han adoptado los criterios propuestos por la O.M.S. (1974), según los cuales se considera normotensos a aquellos sujetos cuyas presiones arteriales son menores a 140 mm. Hg. para la presión sistólica y de 90 mm. Hg. para la presión arterial diastólica. Este organismo establece también una línea divisoria en la que se sitúan aquellas personas cuya presión sistólica oscila entre 140-160 mm. Hg. y su presión diastólica entre 90

y 95 mm. Hg. es la denominada hipertensión borderline. Finalmente según la O.M.S., se considera hipertensa a toda presión que excede los 160 mm. Hg. para la sistólica y los 95 mm. Hg. para la diastólica.

Criterios diagnósticos de la hipertensión según la Organización Mundial de la Salud (1974)

Presión sistólica	Presión Diastólica	Categoría
< 140 mm Hg	< 90 mm Hg	Normotensión
Entre 140 y 160 mm Hg	Entre 90 y 95 mm Hg	Hipertensión Borderline
> 160 mm Hg	> 95 mm Hg	Hipertensión

No obstante, estos criterios no dejan de ser arbitrarios y además, no tienen en cuenta las variaciones que, asociadas a la edad y el sexo, se producen en la presión arterial. Por ello, autores como Pickering (1977) consideran que una estrategia adecuada podría ser evitar cualquier tipo de criterio, diagnosticando la hipertensión en función del grado de riesgo cardiovascular asociado al nivel de presión arterial que presente el paciente.

La dificultad de su estudio viene principalmente derivada por dos características básicas: su etiología múltiple y su carácter progresivo.

La presión arterial elevada constituye el efecto último de la acción

combinada de diversos factores, que actúan simultáneamente o en sucesión, sobre uno o varios mecanismos de regulación hemodinámica. Así, diferentes combinaciones de factores pueden dar lugar a la aparición de la hipertensión esencial. Esta heterogeneidad invalida la aplicación de un planteamiento reduccionista en la investigación de las variables implicadas en el trastorno favoreciendo la utilización de formulaciones molares.

Page (1977) comenta: "... el estudio de la hipertensión se ha visto frenado por un excesivo reduccionismo. El reduccionismo ha sido, y siempre será, esencial; pero el auténtico conocimiento de los organismos vivos requiere también una síntesis basada en lo aprendido a partir de la combinación de los hechos aislados." (pág. 587).

Los resultados de las distintas investigaciones y la insuficiencia explicativa de las teorías basadas en un único factor desencadenante llevan a suponer una naturaleza etiológica multifactorial, donde se incluirían un grupo extenso de variables que podemos clasificar en tres grupos:

- Factores o predisposición genética (Paul, 1977; Pickering, 1977; Hastrup, Light y Obrist, 1982; Obrist y cols, 1987).

- Factores ambientales entre los que se señalan desde factores asociados

a la dieta (Oliver, Cohen y Nell, 1975; Page, 1976; Dahl, 1977) hasta el cambio en las pautas culturales (Thompson, 1988).

- Factores psicológicos entre los que habría que señalar características de personalidad, variables motivacionales y emocionales y, especialmente, la hiperreactividad emocional (Gutman y Benson, 1971; Henry y Meehan, 1981; Obrist, 1981).

Todas estas variables tiene un papel importante en el inicio de la enfermedad, y como señalan Folkow y cols. (1973) y Obrist (1981), su persistencia produce cambios estructurales y funcionales que cronifican el trastorno.

3.5.2.1. Factores determinantes

Entre los factores determinantes de la hipertensión, queremos reseñar en este apartado las investigaciones realizadas principalmente sobre la importancia de los factores genéticos, los factores ambientales y entre ellos, los asociados a la dieta y finalmente, los factores psicológicos.

3.5.2.1.1. Factores genéticos

La incidencia de los factores genéticos sobre la presión arterial resulta notoria tanto en la determinación de sus niveles normotensos como hipertensos. La investigación en este campo se ha centrado fundamentalmente en el estudio de grupos de alto riesgo (personas normotensas con antecedentes familiares de hipertensión) y en la investigación de la predisposición genética en muestras de gemelos.

Autores como Pickering (1967), o Havlink y Feinleib (1982), consideran que alrededor del 60% de la varianza de presión puede atribuirse a factores genéticos, debiéndose a la influencia de las variables ambientales el 40% restante (Annest, Sing, Biron y Mongeau, 1979).

Diferentes estrategias de investigación con metodología correlacional han proporcionado evidencia de la determinación genética. Tanto los trabajos realizados con personas relacionadas a nivel biológico como aquellos llevados a cabo con sujetos que comparten un mismo ambiente resaltan la importancia de los factores genéticos en cuanto a los niveles de presión sanguínea.

Feinleib y cols. (1977), trabajando con muestras de gemelos monozigóticos y dizigóticos durante un seguimiento de cuatro años, encuentran mayor

correlación entre gemelos monozigóticos que entre los dizigóticos en cuanto a sus presiones sanguíneas sistólica y diastólica, además, dicha concordancia observada entre gemelos monozigóticos en edad temprana tiende a perdurar con el paso del tiempo.

En estudios longitudinales más amplios, como el estudio Framingham sobre descendientes de la muestra empleada originalmente (Feinleib, Kannel y cols., 1975; Feinleib, McNamara y cols., 1979), encontraron correlaciones significativas en presión sanguínea entre hermanos. En un seguimiento de 16 años encuentran constancia en las correlaciones. Teniendo en cuenta que durante el estudio longitudinal cada hermano vivió en ambientes diferentes, los resultados son significativos en cuanto al peso del factor genético.

En otra línea de trabajo se han realizado estudios que correlacionan los índices de presión arterial entre personas que comparten un mismo ambiente pero cuya dotación genética es diferente. Varios estudios con matrimonios han obtenido correlaciones significativas entre los cónyuges (véase Sackett, 1975, Tyroler, 1977) pero éstas han sido siempre menores que las obtenidas entre personas emparentadas biológicamente.

Estos estudios resaltan la importancia de los factores genéticos en cuanto a los niveles de presión sanguínea; sin embargo, no excluyen la importancia de

los factores ambientales. En determinadas situaciones las variables ambientales pueden llegar a tener mayor poder de determinación sobre la presión arterial que la herencia (Harburg y cols., 1970; Schull y cols., 1970).

3.5.2.1.2. Factores ambientales

Los estudios epidemiológicos señalan una mayor prevalencia de hipertensión arterial en sociedades con cambios en sus pautas culturales (industrialización, urbanización, emigración, etc.), siendo menor la frecuencia en sociedades estables. Dentro de las zonas urbanas se ha observado una mayor incidencia de hipertensión en barrios con bajo nivel socioeconómico y alto índice de criminalidad. Podemos hablar entonces de la influencia en la presión arterial de los procesos de cambio sociocultural que imponen al sujeto continuas demandas adaptativas (Thompson, 1988; Sommers-Flanagan y Greenberg, 1989).

Sin embargo, creemos que estos datos epidemiológicos no confirman de forma lineal esta relación entre hipertensión y el cambio sociocultural, al no tener en cuenta otros muchos factores que entran en juego. Así por ejemplo, es probable que en las zonas urbanas de bajo nivel socioeconómico se dé una peor alimentación, haya menor información sobre hábitos saludables en general, los individuos no acudan a revisiones médicas periódicas, etc. Por otro lado,

precisamente los individuos que se han visto ante la necesidad de un cambio en sus pautas culturales, son aquellos que por problemas económicos han tenido que "emigrar", mientras que las zonas estables serán a su vez, con mayor probabilidad, aquellas con mayor nivel socioeconómico y por tanto con mejor alimentación y hábitos de salud.

En cualquier caso, los resultados de trabajos en esta línea han permitido postular teorías que involucran a los factores psicosociales en la patogenia de la hipertensión.

3.5.2.1.2.1. Factores asociados a la dieta

El sobrepeso derivado de una alimentación abundante y desequilibrada, y la ingesta excesiva de sal han sido los dos elementos más investigados dentro de este grupo de variables. Sin embargo, los resultados de las diferentes investigaciones no son concluyentes.

La relación peso-hipertensión parece evidente, sin embargo no está claro el mecanismo implicado. Algunos autores sostienen que un elemento importante es el hecho de que la resistencia vascular sistémica es menor en los hipertensos obesos (Messerli y cols., 1981). Otros autores proponen que la alta concentración

de insulina en plasma propia de los obesos puede ser el factor clave en la etiología de la hipertensión (Sims, 1977; Dustan, 1983).

En cuanto a la ingesta de sal existe una correlación positiva entre el consumo diario de sal y la incidencia de la hipertensión. Sin embargo, el aumento en el consumo de sal provoca incrementos en presión sanguínea en algunas personas, mientras que en otras incluso produce el efecto inverso (Kawasaki y cols. 1978; Myers y Morgan, 1983). Estos resultados confirman la relación sodio-presión sanguínea pero llevan a suponer la existencia de variables moduladoras de dicha relación.

Como vemos, las investigaciones sobre factores determinantes de la hipertensión esencial, centradas bien en los factores genéticos, bien en los factores ambientales, no son concluyentes por sí mismas. Todas ellas implican la necesidad de recurrir a la interacción entre ambos tipos de determinantes.

Por ejemplo, en cuanto a la ingesta de sal, se cree que la herencia puede ser uno de los elementos moduladores de la sensibilidad de la presión sanguínea a la sal. Laragh y cols. (1980) distinguieron entre dos grupos de pacientes con hipertensión primaria, uno sensible a la sal y otro resistente a ella. El primer grupo se caracterizaba por una mayor retención de sodio y un nivel más alto de presión sanguínea.

Cabe suponer, por tanto, cierta predisposición genética que hace que determinados individuos sean más sensibles al consumo de sal en su relación con el incremento de la presión sanguínea.

Otro tipo de estudios, por ejemplo, sostienen que la herencia por sí misma tampoco es suficiente para el desarrollo de una patología, sino que tenemos que tener en cuenta el binomio genética-ambiente. En esta línea, distintos estudios corroboran que las personas con antecedentes familiares de hipertensión manifiestan una mayor reactividad cardiovascular ante situaciones de stress que los sujetos sin tales antecedentes (véase Domínguez, 1989). Ahora bien, aún partiendo de esta evidencia, el hecho de que un trastorno cardiovascular se produzca dependerá del ambiente en que el individuo se mueva, concretamente un ambiente con muchas situaciones estresantes aumentará la probabilidad del trastorno, mientras que en un ambiente poco estresante las posibilidades serán mucho menores.

Sin embargo, aunque estas dos líneas han sido las que mayor número de investigaciones han desarrollado no debemos olvidar una tercera variable que complica más el horizonte: las características psicológicas del individuo con una determinada condición genética y que vive en un ambiente determinado.

3.5.2.1.3. Factores psicológicos

Dentro del campo de los trastornos psicofisiológicos queremos destacar en este punto los estudios que pretenden identificar características de personalidad propias de los pacientes hipertensos. En sus investigaciones postulan que determinados rasgos psicológicos desempeñan una función relevante en la génesis, desarrollo y mantenimiento de dicha enfermedad.

Una de las formulaciones más clásicas es la de Alexander (1939) quien postuló una base psicodinámica en la hipertensión esencial en cuyo núcleo estaría un conflicto entre las tendencias pasivo-dependientes y los impulsos agresivos reprimidos. Según Alexander los pacientes hipertensos serían incapaces de expresar sentimientos hostiles, generando un resentimiento mantenido. La constatación de esta hipótesis se enfrenta con las lógicas dificultades metodológicas.

En la actualidad, los estudios que intentan encontrar rasgos de personalidad característicos del sujeto hipertenso suelen trabajar en dos líneas:

- Estudiar la incidencia de la hipertensión en poblaciones psiquiátricas.

Los resultados y la metodología empleada por este tipo de estudios han sido duramente cuestionados (véase Weiner, 1979), principalmente porque el tipo de

muestras utilizadas no permite generalizar los datos obtenidos en las correlaciones hacia la población hipertensa en general. Por otro lado, su carácter puntual no permite conocer si la hipertensión surge con posterioridad al "trastorno psicológico" o por el contrario es anterior al mismo.

- Otra de las principales líneas de estudio, y a nuestro juicio más acertada, se ha centrado en la utilización de pruebas objetivas (tests) en muestras de sujetos normotensos e hipertensos.

Este tipo de estudios nos permite un mayor campo de acción, al poder comparar entre ambos grupos. En cualquier caso, algunos de estos estudios caen, igualmente, en el error de intentar concluir con una relación causa-efecto entre las características de personalidad y el desarrollo de la hipertensión. Sin embargo, como en el caso de la investigación del resto de los factores, la metodología es correlacional por lo que no es posible establecer dichas relaciones causales.

En esta línea, los datos que se han ido obteniendo hasta la actualidad son en ocasiones contradictorios debido en parte a problemas metodológicos que es necesario subsanar.

Uno de los principales problemas es la elección de las muestras. Al tener

que trabajar con muestras clínicas es importante tener en cuenta sus características (edad, sexo, nivel cultural, etc.) y principalmente requiere elegir una muestra normotensa equiparada.

Otro de los problemas es básicamente un problema de conceptualización y medida. En muchos casos lo que se está evaluando no es un rasgo sino un estado (principalmente en ansiedad o ira).

Sin embargo, creemos que se debe seguir trabajando en esta línea, subsanando los posibles errores metodológicos para conseguir arrojar luz sobre este campo.

Algunos autores destacan la posibilidad de que una situación de stress, en conjunción con un patrón de personalidad específico y una sensibilidad incrementada de la regulación neurohumoral cardiovascular, pueden tener consecuencias vasculares patológicas (Sokolov y cols., 1983). El proceso dependerá en gran parte del modo en que la persona perciba y procese la situación estresante y de su habilidad para encontrar soluciones para adaptarse a las nuevas situaciones.

Entre los rasgos de personalidad, sobre los que existe un mayor evidencia de correlación con la hipertensión nos centraremos principalmente en la

ansiedad y la ira.

En cuanto a la ansiedad como variable de personalidad, los datos de investigación son hasta la actualidad contradictorios, si bien a nuestro juicio la metodología utilizada puede inducir a error, principalmente por la confusión entre rasgo de ansiedad y estado de ansiedad.

Con relación a la ira, en los últimos años se ha venido observando un incremento gradual del interés por el estudio de esta variable y su relación con la hipertensión.

Veamos a continuación las conclusiones de una serie de estudios centrados en la medida de estas variables.

Cochrane (1973) no encuentra diferencias entre hipertensos y normotensos ni en hostilidad ni en la dirección de ésta, medida con el Hostility and Direction of Hostility Questionnaire (para más información véase Diamond, 1982).

Harburg, Blakelock y Roeper (1979) resaltan la importancia de la supresión de ira como una variable que contribuye a elevar la presión sanguínea y, por consiguiente, a presentar hipertensión.

En los trabajos de Baer, Collin, Bourianoff y Ketchel (1979), realizados a partir de distintas muestras de sujetos hipertensos y normotensos, y utilizando como instrumento de medida el Brief Hypertensive Self-Report Instrument, se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos. En concreto, los autores apuntan que los sujetos hipertensos obtienen puntuaciones más altas que los sujetos normotensos en activación de ira, ansiedad y resentimiento.

Schalling y Svensson (1984) estudiaron la relación entre los rasgos de personalidad y la presión sanguínea en reclutas de la armada sueca. Aunque ninguno de estos sujetos había sido diagnosticado como hipertenso, las medidas de presión rutinarias durante el examen físico reveló la existencia de tres grupos de sujetos en función de las medidas de presión sistólica: un grupo de sujetos con presión sanguínea sistólica en el rango de hipertensión borderline (146 mm. Hg.), otro grupo con presión sistólica que podía ser catalogada en un rango de hipotensión (100-106 mm Hg), y un tercer grupo que podemos clasificar como normotenso en cuanto a la presión sistólica (124-131 mm Hg).

A partir de estas muestras se encontraron diferencias significativas entre hipertensos y normotensos en escalas de ansiedad, tensión, neuroticismo e "inhibición de agresión". Los hipertensos puntuaban más alto en estas escalas que los normotensos. Los autores describen el perfil del hipertenso como un individuo ansioso, que reprime o inhibe la ira y que no es asertivo. Estos datos

son consistentes, según sus autores, con la temprana descripción de Alexander (1939) en la que dibuja la personalidad del hipertenso, y contraria al concepto de Tipo A como una persona abiertamente agresiva, competitiva, asertiva e impaciente.

Van Der Ploeg, Van Buuren y Van Brummelen en 1985, trabajando igualmente con muestras de pacientes hipertensos y sujetos normotensos, utilizando el State-Trait Anger Expression Inventory, encuentran en el grupo de hipertensos puntuaciones más altas en estado de ira y expresión de ira que el grupo de normotensos. Al comparar por sexos, los varones hipertensos muestran valores significativamente más altos que los varones normotensos en las variables de estado de ira y rasgo de ira, mientras que al comparar las mujeres las diferencias no resultaron ser significativas.

Thailer y cols. (1985) sostienen que los pacientes hipertensos con elevación de la renina plasmática presentan mayores niveles de ira contenida, susceptibilidad, paranooidismo, depresión y ansiedad.

Dimsdale y cols. (1986), confirmaron una relación entre la presencia de sentimientos de irritación e ira contenida y la hipertensión arterial esencial.

Boutelle, Epstein y Ruddy (1987) en un estudio de comparación entre

sujetos normotensos e hipertensos concluyen que los sujetos hipertensos son significativamente más propensos a sentir ira y sin embargo muestran mayores puntuaciones en evitación de la expresión de la ira.

Goldstein, Med, Eldelberg y cols., (1988) en un estudio con muestras de sujetos normotensos e hipertensos, estudian la relación entre ira y presión sanguínea. Estos autores encontraron diferencias significativas entre ambos grupos en expresión de ira, medida con la escala Survey of Affective Stress, siendo mayores las puntuaciones en el grupo de normotensos que en el de hipertensos. Es decir, los hipertensos mostraron una menor expresión de ira que los sujetos normotensos, o si se prefiere, los normotensos expresaban sus sentimientos de ira con mayor facilidad.

Irvine, Garner y cols., (1989) miden distintas características de personalidad en una muestra de sujetos dividida en tres grupos: un grupo de sujetos hipertensos que conocen sus valores de presión arterial, un grupo de sujetos hipertensos que desconocen su diagnóstico y un grupo de sujetos normotensos. Los sujetos hipertensos informados presentan puntuaciones más altas que los sujetos normotensos y que los sujetos hipertensos no informados en neuroticismo, rasgo y estado de ansiedad, patrón de conducta Tipo A y estado de ira. Sin embargo, no encontraron diferencias significativas entre los hipertensos no informados y los normotensos. Estos resultados sugieren que

estos factores de personalidad no son características fundamentales de la hipertensión pero reflejan la influencia del conocimiento o no del padecimiento de la enfermedad.

Pagotto, Fallo, Fava y Boscaro (1992) sostienen que, comparados con un grupo normal, los sujetos con hipertensión muestran significativamente mayores niveles de ansiedad.

Miller (1992) examina la influencia del rasgo de ansiedad en la respuesta cardiovascular en sujetos normotensos (PH-) y sujetos normotensos con antecedentes familiares de hipertensión (PH+). Los sujetos PH+ con alto rasgo de ansiedad exhibían mayores elevaciones de tasa cardíaca y flujo sanguíneo en el antebrazo ante determinados estímulos estresores, así como descensos en la resistencia vascular, medida también en el antebrazo, que los sujetos PH+ con bajo rasgo de ansiedad y que los sujetos normotensos sin antecedentes hipertensivos (PH-). La respuesta cardiovascular de los sujetos PH+ con bajo rasgo de ansiedad no difería de los sujetos PH-. Según los autores los resultados sugieren que la ansiedad puede ser un factor modulador de la respuesta cardiovascular individual y, por ende, del riesgo de padecer hipertensión.

Recientemente, Miguel-Tobal (1993) ha llevado a cabo una investigación con una muestra total de 105 sujetos, divididos en dos grupos según sus niveles

de presión arterial: normotensos e hipertensos. Ambas muestras estaban equiparadas en cuanto a las variables de sexo y edad. Los sujetos son evaluados en cuanto a las variables de ansiedad e ira por medio del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad -ISRA- (Miguel-Tobal y Cano, 1986, 1988), y el Inventario de Expresión de Ira Rasgo-Estado -STAXI- (Spielberger, 1988, 1991).

En relación con la ansiedad, los sujetos hipertensos mostraron mayores puntuaciones que los normales, tanto en el nivel general de ansiedad como en los sistemas de respuesta cognitivo y fisiológico.

Respecto a las áreas situacionales los sujetos hipertensos puntuaron más alto que los normales en todos los casos: ansiedad ante la evaluación, ansiedad fóbica, ansiedad interpersonal y ansiedad ante situaciones habituales.

En cuanto a la ira, solamente se encuentran diferencias significativas en reacción de ira, ira-hacia dentro e ira-hacia fuera; si bien en las dos primeras los hipertensos puntúan más que los normales y en la última, ira-hacia fuera, puntúan menos.

Estos resultados muestran, según su autor, un perfil del sujeto hipertenso caracterizado por un alto rasgo general de ansiedad, alta reactividad en los

sistemas de respuesta cognitivo y fisiológico y, en menor medida, en el sistema motor, y con reacciones de ansiedad intensas ante las situaciones de prueba o evaluación, las situaciones potencialmente fóbicas, las habituales en su vida diaria y, en menor medida, ante las situaciones interpersonales.

Por otro lado, los individuos hipertensos presentan una mayor disposición a expresar ira cuando son criticados o tratados de forma injusta, refrenan sus sentimientos de ira con mayor frecuencia y sus estados de ira se manifiestan en conductas agresivas directas de forma menos frecuente que en el grupo normotenso.

Otra de las características psicológicas que queremos destacar es la **"búsqueda de sensaciones"**, por un doble motivo: la existencia de investigaciones que apoyan su implicación con la hipertensión arterial y su relación, a nuestro juicio con la ansiedad y el stress.

En este sentido, los sujetos que puntúan alto en "búsqueda de sensaciones" son sujetos que buscan el riesgo, someterse voluntariamente a situaciones altamente estimulantes, situaciones que para otros serían negativamente estresantes o que implicarían un elevado estado de ansiedad.

En la investigación anteriormente reseñada de Schalling y Svensson

(1984) utilizando la escala "Monotony Avoidance", una versión sueca de la Escala de búsqueda de sensaciones (SSS) de Zuckerman, encuentran que los hipotensos tendieron a ser más altos en dicha escala que los hipertensos y normotensos.

En un estudio realizado por Litle (1986) examinando diferencias entre altos y bajos buscadores de sensaciones, en un experimento en el que utilizaron como estresor una película de horror, encontraron diferencias entre ambos grupos en medidas de presión sanguínea sistólica, oscilando entre 2 y 6 mm Hg. Aunque las diferencias no fueron significativas, los bajos buscadores de sensaciones mostraron las mas altas puntuaciones en presión sistólica.

Von Krorring, Oreland y Winbland (1984), trabajando con muestras de soldados de la armada sueca encuentran una relación significativa entre presión sanguínea sistólica y búsqueda de sensaciones medida por medio del Sensation Seeking form V (SSSV) de Zuckerman (1979). Los sujetos con puntuaciones altas o medias en dicha escala presentaron durante un examen físico puntuaciones cercanas a la media de la población (128 mm Hg.). Los sujetos más bajos mostraron una presión sanguínea más elevada (140 mm Hg.). Además, los altos buscadores de sensaciones mostraron menores niveles de la enzima monoamina oxidasa (MAO) y así mismo, mostraron en sus historias un mayor consumo habitual de bebidas alcohólicas o incluso alcoholismo. Eran proclives. así mismo,

a ser fumadores o consumidores de cannabis.

Sin embargo, igual que en el estudio de Carroll y cols. (1982), el grupo con hábitos proclives a facilitar la hipertensión eran paradójicamente normales en presión sanguínea, mientras que los sujetos de baja búsqueda de sensaciones, quienes raramente fumaban o bebían y casi nunca tomaban drogas, mostraban elevaciones significativas en presión sanguínea.

Estos resultados sugieren que el factor de personalidad de búsqueda de sensaciones y sus rasgos asociados son más importantes en la vulnerabilidad a la hipertensión que los efectos específicos de conductas como fumar, beber o abusar de drogas más duras.

Una posible hipótesis explicativa de estos resultados estaría relacionada con la variable "dominio de la situación". En este sentido, los sujetos altos en búsqueda de sensaciones se han expuesto con frecuencia a situaciones novedosas, estresantes o aversivas, por lo que han tenido numerosas oportunidades de aprender conductas de afrontamiento (conductuales o cognitivas) efectivas ante dichas situaciones.

Este hecho facilitará al individuo un mejor dominio de las situaciones estresantes, bien por medio de conductas efectivas que eliminan o cambian la

situación, bien por una reevaluación de la misma. En cualquier caso, los niveles de ansiedad general descenderán y por tanto, la respuesta de activación fisiológica concomitante y, en última instancia, la probabilidad de padecer un trastorno, se verá atenuada.

3.5.2.2. Desarrollo y establecimiento de la hipertensión

Existe acuerdo en cuanto a que este tipo de trastorno no tiene una aparición súbita, sino que surge tras un proceso hemodinámico que pasa por diferentes estadios en cada uno de los cuales distintos mecanismos toman el control de la situación hemodinámica.

Se han propuesto diversas clasificaciones que tratan de estructurar las fases por las que atraviesa la patología en su evolución (véase Domínguez 1989). En general, se distinguen un primer estadio con presiones permanentes u ocasionalmente elevadas, pero no excesivamente altas (hipertensión *bordeline*); y un segundo estadio en el que la presión arterial se estabiliza en niveles muy por encima de los normales (hipertensión establecida o crónica) que, con el paso del tiempo, puede provocar lesiones orgánicas e incluso la muerte por accidente cardiovascular.

En cuanto a la evolución hemodinámica de la enfermedad, los resultados obtenidos indican que, en un porcentaje hasta ahora desconocido de la población, la hipertensión se inicia con un estado hipercinético que se produce bien por la alteración en el volumen sanguíneo bien por una alteración de la función reguladora del sistema nervioso simpático sobre el corazón. Con el tiempo este estado da paso a una hipertensión establecida. Tal cambio surge debido a modificaciones estructurales y funcionales que aumentan la resistencia periférica y mantienen la presión.

Así, los sujetos con hipertensión *bordeline* presentan un aumento del gasto cardíaco, en tanto que la resistencia periférica permanece dentro del rango normal. Los sujetos con hipertensión primaria presentan, por el contrario, un *gasto cardíaco normal pero una resistencia vascular periférica elevada* (Julius y Esler, 1975; Julius y Schork, 1971). Sin embargo, esto no sugiere que debe existir una continuidad entre las fases.

Además, tal planteamiento sólo es válido para un determinado sector de la población hipertensa. Algunos pacientes *bordeline* muestran un gasto cardíaco normal (Safar y cols., 1973), lo cual no es extraño si tenemos en cuenta la etiología multifactorial de la hipertensión (Obrist, 1981).

En su conjunto, la evidencia acumulada lleva a suponer un proceso de

tránsito desde un estado borderline hasta uno más crónico (Lund-Johansen, 1977, 1979, 1980; Weis y cols. 1978).

Se han formulado un gran número de modelos hemodinámicos explicativos sobre el desarrollo y establecimiento de la hipertensión (véase Fernández-Abascal y Calvo, 1985; Dominguez, 1989). En su gran mayoría defienden la etiología múltiple del trastorno, si bien los distintos autores hacen hincapié en determinados factores fisiológicos. Unos se han centrado en factores renales (Guyton, 1977), otros han conjuntado éstos con factores nerviosos (Kaplan, 1980), o incluso han resaltado el desequilibrio del sistema nervioso autónomo como principal factor etiológico (Julius, 1981; Julius y Cottier, 1983). En un modelo más amplio, Obrist (1981) resalta el papel de las variables conductuales en el proceso hemodinámico de la hipertensión, detallando sus concomitantes fisiológicos y el proceso hemodinámico que conduce a un estado crónico de la enfermedad.

En general, estos modelos recurren a un abanico limitado de factores para dar explicación de la evolución de la hipertensión esencial.

Frente a esto, Fernández-Abascal y Calvo (1985) adoptan una postura integradora en la que reflejan el carácter multicausal de la enfermedad. El modelo de Fernández-Abascal y Calvo cuenta con dos características esenciales:

la definición de diferentes etapas en el establecimiento de la hipertensión y la implicación en estas fases evolutivas de la actuación de factores de índole conductual, ambiental y orgánico. Para estos autores, la hipertensión es el resultado de un proceso dinámico y continuado que se inicia en unos índices de presión sanguínea normotensos y que evoluciona hasta un estado crónico, en virtud de la implicación de una serie de factores.

Proponen la existencia de cuatro momentos hemodinámicos:

1. En la presión normal los niveles de presión arterial se encuentran ajustados a las necesidades metabólicas. Las elevaciones esporádicas de la presión producidas por las estimulaciones (ambientales o cognitivas) son contrarrestadas por los mecanismos de autorregulación.

2. En un segundo momento de presión reactiva se da un aumento de las elevaciones esporádicas de la presión, especialmente la sistólica como reflejo de una salida cardíaca más elevada y no contrarrestada puntualmente por pérdida de efectividad de la inhibición sinérgica.

3. El tercer momento es el de la hipertensión borderline que se caracteriza por una elevada salida cardíaca y presión sistólica durante gran parte del tiempo como efecto de un mantenimiento de las condiciones generadoras de la

elevación y un mayor deterioro de los mecanismos de regulación de la presión sistólica, mientras que la presión diastólica se encuentra en niveles normales.

4. Finalmente, llegamos a la etapa de hipertensión esencial con elevaciones tanto de la presión sistólica como diastólica y el retorno de los valores de salida cardíaca a los niveles existentes antes de iniciarse el proceso. Este hecho se produce por la elevación de las resistencias periféricas a través de procesos autorreguladores en las arteriolas e hipertrofia de la musculatura lisa vascular que reduce el retorno venoso y la salida cardíaca y aumenta la presión diastólica de forma mantenida.

El paso de un estadio al siguiente se realiza de forma progresiva, entrando en juego una serie de variables cuya relevancia, en general, se limita a momentos puntuales del proceso.

En la primera etapa, los autores conceden un papel importante tanto a la predisposición genética como a los factores psicosociales, concretándose en una mayor frecuencia de exposición a condiciones del entorno que exijan que la persona tenga frecuentes conductas de coping activo, o bien una mayor frecuencia en la interpretación del entorno como demandante de estrategias de enfrentamiento activo (dando lugar a la respuesta de alarma).

El paso de esta primera presión reactiva a una hipertensión borderline supone además del mantenimiento en el tiempo de la primera etapa, la entrada de nuevos factores que deterioran los mecanismos hemodinámicos encargados de contrarrestar los desajustes.

Los principales factores implicados en esta etapa de paso de presión reactiva a presión sostenida son, en parte, una persistencia de los comportamientos que implican coping activo y frecuentes elevaciones de la presión que deterioran los mecanismos de reajuste de las elevaciones en salida cardíaca y presión sistólica, así como el comienzo del deterioro de los mecanismos renales, al tiempo que ciertas conductas inadecuadas se pueden sumar a estos factores. Entre dichas conductas destacan fumar, beber alcohol y café o llevar una dieta rica en sal. Estos factores no desencadenan las elevaciones de la presión arterial sino que su implicación supone el entorpecer la actuación de los mecanismos reguladores e impedir una actuación efectiva de los mismos para contrarrestar las elevaciones generadas comportamentalmente.

En el último paso de cronificación de la hipertensión los factores que actúan en la elevación de las resistencias periféricas son, principalmente, procesos autorreguladores de la circulación que actúan para contrarrestar el desajuste metabólico producido por la elevada salida cardíaca mediante la constricción de las arteriolas; también ayudan a esa elevación los cambios

estructurales en la vasculatura por hipertrofia de los músculos lisos y los factores facilitadores como el exceso de grasa, la dieta, el tabaco y el alcohol. Todos ellos reducen el retorno sanguíneo al corazón y por tanto la salida cardíaca, pero no reducen los niveles de la presión sistólica y elevan a su vez la diastólica.

En este proceso, la regulación renal tanto por influencias comportamentales como por conductas inadecuadas, y en parte por necesidades de mantener el equilibrio de líquido y sodio, se ve deteriorada, ayudando a mantener los niveles elevados de presión arterial e imposibilitando su descenso (Guyton, 1977).

3.5.3. ULCERA PEPTICA

Se denomina úlcera péptica a la erosión producida en la mucosa que recubre el interior de las paredes del estómago y/o duodeno, dejándolos desprotegidos ante la acción del jugo gástrico.

Las úlceras son un problema común en la población general y su prevalencia se estima en un 2%. En su mayor parte, alrededor de un 75% del total, son úlceras duodenales y principalmente situadas en los primeros centímetros del duodeno. Suelen aparecer con más frecuencia en sujetos varones y en jóvenes (Young, Richter, Bradley y cols., 1987). Este hecho puede correlacionar con los hábitos de vida característicos de estas muestras (tipo de alimentación, consumo de bebidas alcohólicas, tabaco, cambios vitales que suponen nuevas adaptaciones, etc.).

En ocasiones son silenciosas, no causan dolor ni molestias, por lo que pueden permanecer ocultas durante un largo periodo de tiempo. Sin embargo, en la mayoría de los casos el individuo refiere malestar, sensación de quemazón en el estómago como primer síntoma de úlcera (que en muchos pacientes desaparece al ingerir pequeñas cantidades de comida) que evoluciona en algunos casos a dolor intenso acompañado de náuseas y vómitos. Si la úlcera se perfora (rotura de vasos sanguíneos de las paredes) aparecen vómitos

hemáticos (úlceras sangrantes) (Gatchel, Baum y Krantz, 1989).

Lo más frecuente es la alternancia de los dos casos anteriores, períodos más o menos duraderos de malestar y dolor, seguidos de períodos asintomáticos, y de nuevo reaparición de los síntomas tras un determinado período de tiempo más o menos extenso.

La úlcera péptica constituye uno de los trastornos que ha sido considerado como prototipo de las enfermedades psicosomáticas ya que su etiología, en la mayoría de los casos, es desconocida (Fuentenebro y cols., 1990).

Aunque no existen diferencias anatomopatológicas relevantes, o consideraciones fisiopatológicas, es aconsejable distinguir, dentro de las úlceras pépticas, entre la úlcera gástrica y la duodenal (Fuentenebro y cols., 1990).

En algunas investigaciones nos encontramos con un problema básico, se hace referencia a un mismo trastorno, o a la misma muestra experimental y sin embargo se emplean de forma arbitraria los distintos términos (principalmente la utilización de úlcera gástrica por úlcera péptica).

Para algunos autores, diferenciar entre estos términos es aún más importante ya que sostienen que aunque las dos clases de úlcera tienen algunas

características en común, existen también diferencias significativas entre ellas.

En esta línea, por ejemplo, Gatchet, Baum y Krantz (1989) sostienen que la úlcera duodenal se asocia preferentemente con un incremento en la secreción gástrica de ácido clorhídrico y pepsina, mientras que la úlcera gástrica puede cursar con bajos, normales o elevados niveles de secreción gástrica.

Otra diferencia importante defendida por algunos autores es que los factores emocionales juegan un papel más destacado en la úlcera de duodeno que en la úlcera de estómago (Yaeger y Weiner, 1970). Incluso, aún más allá, como señala Kirsner (1968) los clínicos consideran la úlcera gástrica y duodenal como trastornos diferentes, asociados con distintos factores de vulnerabilidad.

Por tanto, para estos autores, el término general de úlcera péptica es confuso ya que incluye dos enfermedades que difieren en su localización anatómica, historia natural, fisiopatología y respuesta al tratamiento (Gatchel, Baum y Krantz, 1989). Sin embargo, no es una posición defendida de forma unánime, y los datos de investigación al respecto siguen siendo contradictorios, como veremos más adelante.

En cualquier caso, nosotros haremos referencia en las páginas siguientes tanto a investigaciones que diferencian entre uno y otro tipo de úlcera como a

aquellas que engloban ambas bajo el epígrafe general de úlcera o úlcera péptica.

3.5.3.1. Desarrollo y establecimiento de la úlcera

En cuanto a la génesis del trastorno los datos son actualmente contradictorios. En cualquier caso, una de las hipótesis fisiológicas más difundidas sobre la génesis de la úlcera pone el énfasis en un exceso de secreción de ácido gástrico.

Durante la digestión el estómago produce ácido clorhídrico para ayudar al proceso digestivo. Las paredes del duodeno y el estómago están recubiertas de una mucosa de protección capaz de resistir la acción corrosiva del ácido. Sin embargo, si hay secreción de ácido cuando no hay comida presente éste puede comenzar a lesionar la pared protectora. Así cuando la producción es excesiva y una zona específica no es muy resistente al ácido, la úlcera comienza a desarrollarse.

En definitiva, el mecanismo responsable del desarrollo y agravamiento de la úlcera, según esta primera hipótesis, es la hipersecreción de ácido gástrico, determinada principalmente de forma genética.

Algunos trabajos han encontrado diferencias importantes en los niveles de secreción tanto de ácido clorhídrico como de pepsinógeno (que se transforma en pepsina en presencia de ácido clorhídrico) en los pacientes con úlceras pépticas (Weiner y cols., 1957; Mirsky, 1958).

Sin embargo, no siempre se ha podido constatar experimentalmente que en los pacientes con úlcera se da dicha hipersecreción. Esta circunstancia sólo ha podido constatare en un 50% de los pacientes con úlcera duodenal, y parece ser aún más discutible que este mecanismo esté implicado en la aparición de la úlcera gástrica (Fuentenebro y cols., 1990).

Guyton (1977) halla diferencias en la secreción gástrica en el período de ayuno nocturno desde 18 miliequivalentes de ácido clorhídrico en personas sin úlcera, hasta 300 miliequivalentes en ciertos pacientes con úlcera duodenal, pero no en todos ellos.

Debido a ello, aunque la hipótesis que sostiene que un exceso de secreción de ácido gástrico es el responsable del desarrollo de las úlceras es en principio bastante plausible, no puede dar explicación por sí misma de la génesis del proceso, es decir, no todos los sujetos con hipersecreción gástrica generan úlcera.

3.5.3.2. El papel de las variables psicológicas

Las hipótesis psicofisiológicas actuales aportan datos interesantes sobre la génesis de esta enfermedad y resaltan el papel de los factores psicosociales en su génesis.

Numerosas investigaciones han constatado en repetidas ocasiones que emociones como la **ira**, la **ansiedad** o la **frustración** van acompañadas de incrementos de secreción de ácido gástrico, mientras que los estados depresivos producen una disminución de la misma. Por ello, se estableció la hipótesis de que determinados estados emocionales facilitaban un exceso de secreción gástrica que era la responsable del desarrollo o agravamiento del problema.

Si aceptamos que el estado emocional repercute sobre la actividad secretora y teniendo en cuenta que este efecto parte del SNC encargado de modular la secreción gástrica a través de distintos sistemas, como el parasimpático o el sistema neuroendocrino, pueden efectivamente existir mecanismos fisiopáticos a través de los cuales los factores psicosociales pueden incidir en el desarrollo de la úlcera péptica.

Una de las hipótesis psicofisiológicas más extendidas relacionan la hipersecreción de ácido gástrico en ausencia de comida con acontecimientos

estresantes. Esta hipótesis se basa en investigaciones con animales y humanos centradas en la relación entre stress y actividad secretora. Hay numerosos ejemplos de pacientes expuestos a situaciones emocionales estresantes que muestran un aumento en el volumen y acidez de la secreción gástrica (Wolf, 1965).

Ya en 1859, Brinton observó que la úlcera péptica coincidía frecuentemente con altos niveles de ansiedad, siendo frecuente que los enfermos relacionasen el inicio o la reagudización de los síntomas de la enfermedad con períodos de tensiones de origen psicosocial, aunque hay que señalar que estos antecedentes no se daban en todos los enfermos.

Wolf y Wolff, en 1947, llevaron a cabo un estudio clínico (el llamado caso Tom) con un paciente que había ingerido una solución cáustica que lesionó su esófago por lo que fue necesario implantarle una fístula gástrica permanente a través de la cual ingería los alimentos. La mucosa gástrica era perfectamente visible y permitía una observación directa de los cambios experimentados por estos tejidos durante los diversos estados emocionales por los que pasaba el sujeto.

Wolf y Wolff (1947) señalaron que cuando Tom se encontraba enfadado, o frustrado, se podía observar una hiperfunción de la mucosa gástrica

aumentando la secreción de ácido clorhídrico y la motilidad, apareciendo el estómago bastante enrojecido y con diversas hemorragias.

En experimentación animal se ha demostrado que la exposición prolongada de ratas a situaciones estresoras (descargas eléctricas incontrolables o impredecibles) conlleva a un incremento en la frecuencia de aparición de úlceras (Weiss, 1968, 1972, 1977; Levine y cols., 1978; Schuster, 1985).

En este tipo de experimentos se encuentra un marcado descenso noradrenérgico en aquellos animales que no se defienden ante la situación aversiva (coping pasivo), siendo éstos los que presentan mayores signos de ulceración. Teniendo en cuenta, como hemos mencionado anteriormente, que el SNC es el encargado de modular la secreción gástrica a través de los sistemas parasimpático y neuroendocrino, estos datos confirman la relación entre la exposición a situaciones estresantes y el desarrollo de úlceras; ahora bien, sólo ante determinadas situaciones estresantes, concretamente ante aquellas que eliciten una respuesta de coping pasivo.

En una situación de stress se puede observar una oscilación en la homeostasis simpática-parasimpática del SNA. En la primera fase domina la actividad simpática. Cuando el sujeto entra en un fase de indefensión, el nivel de arousal o activación desciende al igual que los niveles de aminas cerebrales.

En este momento comienza una mayor actividad de la cadena parasimpática, lo que provoca aumentos de las secreciones gástricas pudiendo ser las causantes de la ulceración.

Muchos investigadores relacionan el sistema parasimpático con las secreciones gástricas, especialmente con la de ácido clorhídrico cuyo responsable parece ser el nervio vago. Experimentalmente se ha comprobado que cuando se practica una vagotomía se inhibe marcadamente la secreción de jugo gástrico al igual que las "úlceras producidas por stress" (Molina, 1981).

En 1980, Henke realizó varios trabajos a través de los que mostró evidencia a favor de la relación entre el eje Hipotálamo-Amígdala y las úlceras gástricas producidas por un tipo concreto de stress: la inmovilización.

Atendiendo a estos resultados, quizá el elemento responsable de que actualmente siga siendo muy discutido el papel del stress inespecífico en la patogenia de las úlceras y que en distintos estudios no se haya podido encontrar una mayor incidencia de acontecimientos vitales estresantes en pacientes ulcerosos comparados con un grupo control, sea el hecho de no tener en cuenta, en la relación entre el stress y la úlcera, la forma de afrontamiento ante la situación estresante.

Sí parece constatarse que emociones como la ira, la rabia o el enfado contenido parecen producir un incremento en la secreción de ácido gástrico (Wolf y Wolff, 1947).

Teniendo en cuenta definiciones de ira como la de Izard (1977), quien la describe como una emoción primaria que se presenta cuando un organismo es bloqueado en la consecución de una meta o en la satisfacción de una necesidad, estaríamos refiriéndonos a una situación frustrante.

Desde posiciones psicodinámicas, Alexander (1950) propuso que la úlcera péptica es la expresión de un conflicto neurótico motivado por un deseo desproporcionado de cuidado y protección. Según Alexander, la frustración de estas necesidades de dependencia durante la infancia, según Alexander, facilita una hipersecreción gástrica que conduce a la úlcera.

Más recientemente, y a través de metodologías experimentales, diversos autores han intentado buscar relaciones entre diversas variables psicológicas y la úlcera.

En un estudio realizado en 1986 por Tennant y Goulston, trabajando con muestras de sujetos con úlcera duodenal y úlcera gástrica encuentran que, comparados con el grupo control, los sujetos con úlcera duodenal obtienen

mayores puntuaciones en introversión y psicoticismo, mientras que los sujetos con úlcera gástrica obtienen puntuaciones significativamente más elevadas en psicoticismo y rasgo de ansiedad. Al comparar las dos muestras de sujetos con úlcera obtienen que el grupo de úlcera gástrica mostraba mayores puntuaciones en neuroticismo, psicoticismo y hostilidad que los sujetos con úlcera duodenal.

Magni, Di-Mario, Trinciarelli, Conlon y cols. (1986) en un estudio realizado con sujetos que padecen úlcera gástrica concluyen que dichos sujetos están caracterizados por un alto rasgo de ansiedad, dependencia, introspección, desconfianza, tendencia a ser taciturnos y ausencia de rasgos paranoides.

Langeluddecke, Goulston y Tennant (1987), en un estudio en el que comparan muestras de sujetos que padecen úlcera duodenal y úlcera gástrica, encuentran que los sujetos con úlcera gástrica obtienen mayores puntuaciones en rasgo de ansiedad y psicoticismo que los sujetos normales, mientras que los sujetos con úlcera duodenal presentan elevados niveles sólo en medidas de estado de ansiedad.

Magni, Di-Mario, Conlon y Naccarato, (1987) trabajando con sujetos que padecen úlcera duodenal encuentran que aquellos pacientes que presentan altos niveles en rasgo de ansiedad son más propensos a las recaídas que los sujetos con úlcera que presentan bajos niveles de rasgo de ansiedad.

Tennant (1988), en un artículo de revisión sobre los efectos de distintos estresores en conjunción con diferentes estados emocionales, en cuanto al incremento de secreción de ácido péptico sostiene que los sujetos con altos niveles de rasgo de ansiedad o neuroticismo son más propensos a sufrir estados de ansiedad inducidos por los distintos estresores diarios y en consecuencia son más propensos a padecer trastornos gastrointestinales.

Sreedhar (1989) encuentra que los sujetos con úlcera péptica tienen puntuaciones anormalmente elevadas en ansiedad medida por una versión de la escala de Taylor (M.A.S.).

Finalmente, en esta relación entre las emociones y la úlcera péptica reseñaremos una reciente investigación llevada a cabo con una muestra de 82 sujetos, divididos en dos grupos, uno de sujetos normales y otro de sujetos que padecen úlcera péptica (Casado y Miguel-Tobal, 1993b). Los sujetos son evaluados en cuanto a las variables de ansiedad e ira por medio del Inventario de Situaciones y Repuestas de Ansiedad -ISRA- (Miguel-Tobal y Cano, 1986, 1988), y el Inventario de Expresión de Ira Rasgo-Estado -STAXI- (Spielberger, 1988, 1991).

En relación a la ansiedad, los sujetos con úlcera mostraron puntuaciones estadísticamente significativas más elevadas que los normales en todos los

índices evaluados: ansiedad cognitiva, fisiológica, motora, rasgo total de ansiedad, ansiedad de evaluación, ansiedad interpersonal, ansiedad fóbica y ansiedad ante la vida cotidiana.

Respecto a la variable ira, se encuentran diferencias significativas en la escala de Ira-hacia dentro, siendo mayores las puntuaciones obtenidas por los sujetos con úlcera péptica.

En conclusión, estos resultados muestran un perfil del sujeto con úlcera caracterizado por un alto rasgo general de ansiedad, alta reactividad en los tres sistemas de respuesta, con reacciones de ansiedad intensas ante situaciones habituales en su vida diaria, ante situaciones en que puedan ser evaluados o criticados, ante las situaciones interpersonales y, por último, ante situaciones o estímulos potencialmente fóbicos.

En relación a la variable ira, los individuos con úlcera no presentan un rasgo mayor que los del grupo control, es decir, que no tienden a sentirse airados con más frecuencia que los sujetos normales; sin embargo, la gran diferencia se sitúa en que cuando se sienten airados o enfurecidos presentan frecuentemente una mayor disposición a refrenar sus sentimientos de ira.

Por tanto, atendiendo a los datos de las diferentes investigaciones, puede

haber una relación directa entre determinados estados emocionales, la secreción de ácidos gástricos y la úlcera péptica.

Sin embargo, este mecanismo no daría explicación de cómo se produce el deterioro del tejido en su principio ya que las paredes del estómago y del duodeno están recubiertas de células mucosas especialmente resistentes, así como por una capa de mucus viscoso y alcalino que recubre la mucosa y que los protege evitando la erosión de la víscera por el ácido gástrico (Labrador, 1992).

Es de nuevo más plausible pensar que el incremento de secreción de ácido gástrico produzca un agravamiento o irritación de una úlcera ya existente o el desarrollo de la misma al actuar sobre un tejido desprotegido y vulnerable.

La explicación que aparece actualmente como la más válida es la de considerar la intervención de diferentes factores causales en el desarrollo de la úlcera, en especial aspectos de predisposición genética y aspectos psicológicos como la respuesta al stress.

La predisposición genética se daría al existir elevados niveles de secreción de pepsina que junto con el ácido clorhídrico son los principales componentes del ácido gástrico.

Junto a esta elevada secreción de pepsina intervendrían las respuestas emocionales como producto de las demandas ambientales a las que está expuesto el sujeto, de la forma en que valora o interpreta tales demandas, de características de personalidad, y de las respuestas que emita para hacerles frente.

La secreción de glucocorticoides facilita un incremento de la irritación gástrica. Si la irritación se mantiene facilitará el desarrollo de una gastritis produciéndose una inflamación en la barrera de células mucosas lo que aumentará considerablemente su permeabilidad. En este momento, las paredes del estómago están desprotegidas de defensas naturales haciendo posible la erosión por parte del ácido gástrico y favoreciendo la aparición de erosiones. El hecho de que las respuestas emocionales puedan incrementar los niveles de secreción de ácido gástrico facilitaría el desarrollo más rápido de la lesión.

Backus y Dudley (1977), que apoyan esta explicación del desarrollo de úlceras pépticas bajo efectos del stress, sugieren que se producen cambios en las paredes mucosas que recubren el duodeno como consecuencia de la activación repetida producida por determinadas emociones, en especial, emociones de frustración y privación.

En definitiva, el desarrollo de la úlcera péptica puede estar favorecido

por mecanismos multifactoriales, siendo igualmente importantes tanto los factores genéticos como la forma en que el individuo responde al stress.

Por último, no debemos olvidar la importancia que en este proceso de aumento de vulnerabilidad pueden tener los factores ambientales o conductuales como el abuso de bebidas alcohólicas, una alimentación irregular o inadecuada (condimentación excesiva, tomar los alimentos en temperaturas excesivamente elevadas o bajas), etc.

CAPITULO IV:

***ESTUDIO EMPIRICO: Establecimiento de perfiles
psicológicos asociados a los trastornos
psicofisiológicos***

4.1. INTRODUCCION

Como hemos ido reflejando a lo largo de las páginas precedentes, una de las características básicas de los trastornos psicofisiológicos es el carácter múltiple de su etiología. Este hecho dificulta el estudio de dichos trastornos si tenemos en cuenta que los distintos y variados factores desencadenantes pueden adoptar diversas combinaciones, haciendo que el peso específico de cada factor sea diferente en cada caso así como la interacción resultante.

Junto a este hecho, no debemos olvidar además que dichas combinaciones pueden variar a su vez en función del estadio evolutivo en que se encuentre el trastorno, como ha sido reiterado especialmente en el caso de la hipertensión primaria (Obrist, Langer, Light y cols., 1983).

Esta génesis multicausal ha sido señalada desde hace décadas, así por ejemplo, Ress (1964) señaló que la multicausalidad es normalmente la verdadera etiología, con sus combinaciones entre diversos factores. Esta multicausalidad, centrada en considerar simultáneamente los factores genéticos, ambientales, psicofisiológicos y principalmente el peso de la interacción como elemento de predisposición del individuo a padecer una determinada enfermedad, es el gran mérito y el gran reto de la investigación psicológica actual en este campo.

Sin embargo, en la práctica son todavía muchos los factores sobre los que los datos son contradictorios, o por decirlo de otro modo, no concluyentes. El interés por determinar el papel de los distintos factores ha potenciado la investigación en el campo de los trastornos psicofisiológicos desde distintas perspectivas.

En la actualidad, una parte importante de las investigaciones y de los modelos explicativos de los trastornos psicofisiológicos consideran que las consecuencias derivadas de la respuesta fisiológica a las situaciones de stress o consideradas como tales por el sujeto, son la causa principal que incide en el desarrollo de dichos trastornos.

Desde esta línea podemos admitir, en general, que la probabilidad de que un trastorno psicofisiológico se desarrolle aumentará con el incremento de la frecuencia o la duración de la respuesta de activación fisiológica provocada por la situación de stress. Por tanto, en principio, la respuesta fisiológica al stress determinaría la aparición de los trastornos psicofisiológicos.

Admitida dicha reacción los distintos modelos explicativos defienden en general la existencia de tres grupos de factores que pueden convertirse en factores determinantes de la reacción fisiológica y por tanto del trastorno psicofisiológico.

1. Predisposición constitucional. Es ésta se incluirían tanto los factores genéticos como la vulnerabilidad de determinados órganos o sistemas, debido a causas como enfermedades orgánicas.

2. Características psicológicas.

La investigación en el campo de los trastornos psicofisiológicos ha ido poniendo de manifiesto de forma paulatina la relevancia de los factores psicológicos en la etiología, desarrollo y mantenimiento de un gran número de enfermedades. Las características psicológicas cobran un importante papel como agentes mediadores entre el ambiente y la respuesta fisiológica. Dichas características pueden condicionar y modificar la receptividad a los agentes causantes del stress, pueden alterar el nivel de activación del organismo bajo determinadas emociones, suelen influir en la forma de afrontar distintas situaciones, en la emisión de conductas de riesgo, o incluso pueden determinar el tipo de situación a la que se ve expuesto el sujeto con mayor frecuencia.

3. Las situaciones estresantes.

Finalmente, las situaciones estresantes a las que se ve expuesto el sujeto serán el tercer elemento clave ya que influirá en la frecuencia de activación del organismo. Sin embargo, además de las características objetivas de determinadas

situaciones, el grado de amenaza vendrá determinado principalmente por la percepción subjetiva de peligro. La percepción "no objetiva" está mediatizada por actitudes específicas o características de personalidad que afectan a la percepción y a la interpretación de los estímulos.

Los distintos modelos explicativos de las enfermedades psicofisiológicas no difieren, en general, en la asunción de estos tres tipos de factores precipitantes, sino en la importancia específica de cada uno de ellos y en la forma en que se relacionan.

Así por ejemplo, Alexander (1934), autor de una de las primeras teorías o modelos explicativos sobre las enfermedades psicofisiológicas, desde la perspectiva psicodinámica, aunque admite la existencia de un factor constitucional y la necesidad de una circunstancia precipitante defiende que los conflictos psicológicos que actúan a través de mecanismos fisiológicos son la clave para producir alteraciones somáticas.

A medida que avanza el estudio de los procesos fisiológicos implicados el énfasis se fue desplazando hacia los factores somáticos. Por ejemplo, Weiner y cols. (1957) identificaron la hipersecreción de pepsinógeno en la sangre como el factor desencadenante principal de la úlcera duodenal, sugiriendo que este rasgo innato desempeñaría un papel importante en el desarrollo de la

personalidad del futuro ulceroso. Pero a su vez, los autores admitían que la enfermedad podría no llegar a desarrollarse si el sujeto no se viera expuesto a situaciones estresantes.

Como vemos, sin descartar ninguno de los elementos, los distintos modelos van a diferir en la importancia otorgada a cada uno de ellos.

La línea de estudio que más investigación ha desarrollado se ha centrado en la medida de la respuesta de activación fisiológica ante distintas situaciones estimulares. El desarrollo de la experimentación biomédica y los avances en psicofisiología han permitido, en parte, el progresivo desarrollo de esta perspectiva.

En esta fructífera línea el concepto de activación es un elemento clave. En concreto, las diferencias individuales en activación fisiológica han sido una de las grandes aproximaciones explicativas a los trastornos psicofisiológicos. Así, un nivel de activación excesivamente elevado, como forma de reaccionar ante un estímulo, puede constituir un riesgo de alteración en distintos órganos, siendo este el mecanismo que se supone subyacente a la mayoría de los trastornos psicofisiológicos. Ahora bien, los elementos responsables de que se produzca uno u otro trastorno van a diferir según se defienda un concepto de activación general o específica.

Desde la perspectiva de la activación general o inespecífica la hiperreactividad debería ser similar en los diferentes órganos periféricos. En consecuencia, la vulnerabilidad a contraer distintas alteraciones psicofisiológicas debería ser, en principio, prácticamente la misma. Sin embargo, como subraya Selye, desde esta perspectiva la existencia de diferencias individuales es debida a factores condicionantes que modifican nuestra receptividad a los agentes causantes del stress. Estos factores condicionan y determinan la respuesta física, psicológica y biológica del organismo. Dichos factores condicionantes pueden ser internos o hereditarios (predisposición genética, edad, sexo, etc.) y externos o adquiridos y propios de lo vivido por cada individuo (factores de régimen alimenticio, tratamiento con ciertos fármacos, enfermedades anteriores, calidad de la salud física, mental y afectiva, educación, medio ambiente, contexto profesional, determinados hábitos de vida -consumo de alcohol, tabaco-, etc.).

De esta forma, desde la perspectiva de la activación general, las alteraciones ocurren cuando en el organismo existe un órgano debilitado (como el estómago, dándose la úlcera) o un sistema débil (como el cardiovascular en el caso de la hipertensión arterial). El eslabón más débil de la cadena es el que se deteriorará en primer lugar bajo el efecto de la exposición a situaciones de stress. Ese eslabón es distinto según los individuos. Cada individuo presenta un órgano más débil que los otros y esa debilidad del órgano/sistema puede ser debida a factores hereditarios, como resultado de una enfermedad previa, o

estar relacionada con factores como la alimentación o la utilización de sustancias tóxicas (Bensabat, 1987).

Por el contrario si la activación se refleja en distintos patrones específicos de reactividad fisiológica el riesgo de alteraciones psicofisiológicas de una persona en particular debería ser mayor para aquellos sistemas fisiológicos que constituyen su patrón específico de hiperreactividad.

Desde esta perspectiva de la especificidad psicofisiológica se puede defender que en la etiología de los trastornos psicofisiológicos intervienen dos factores interactuantes: un estado orgánico de predisposición individual (especificidad individual) y unos estímulos o situaciones precipitantes (especificidad situacional) (Vila y Fernández, 1990). Según los defensores de esta perspectiva los dos conjuntos pueden ser suficientes para explicar el desarrollo de los desórdenes psicofisiológicos (Gannon, 1981).

En esta misma línea de la especificidad se encuentran también los trabajos que intentan relacionar las distintas enfermedades psicofisiológicas con un patrón específico de activación del sistema nervioso autónomo o un tipo de desequilibrio que presenta respecto del balance autónomo. Recientemente Fernández-Abascal (1993) señala que la hipertensión arterial corresponde a un patrón de activación autonómica estereotipado, caracterizado por una extrema

activación de la rama simpática, mientras que el asma bronquial o la úlcera péptica son trastornos caracterizados por una extrema activación de la rama parasimpática.

Uno de los modelos explicativos de los trastornos psicofisiológicos desde la perspectiva de la especificidad individual y situacional es el modelo de Sternbach. Los determinantes situacionales son esenciales en este modelo ya que el tipo de reacción ante los estresores puede variar en las distintas situaciones haciendo que las consecuencias fisiológicas también cambien.

Pero una de las aportaciones, a nuestro juicio, más interesantes del modelo de Sternbach es el hecho de que a pesar de ser un modelo centrado en la respuesta estereotipada de activación fisiológica ante las situaciones estresantes, incluye también en su modelo la posibilidad de que en ausencia de estresores objetivos o reales, un individuo puede percibir acontecimientos o situaciones cotidianas como estresantes y reaccionar ante ellas con un incremento en sus respuestas fisiológicas. Esta percepción "no objetiva" se debe, según Sternbach a actitudes específicas que se han cronificado o a características de personalidad que afectan significativamente a la percepción y la interpretación de los estímulos.

Pero, aún admitiendo la importancia de los factores de naturaleza más

psicológica, el énfasis se centró desde esta perspectiva en el estudio, principalmente en laboratorio, de la respuesta de activación fisiológica ante determinados estímulos o estresores.

Sin embargo, es evidente que la probabilidad de que un trastorno psicofisiológico se desarrolle aumentará con el incremento de la frecuencia o duración de la respuesta de activación provocada por la situación de stress o **considerada como tal por el sujeto.**

En la percepción de las situaciones como amenazantes, neutras o benignas tendrán un papel fundamental los rasgos de personalidad. Por ejemplo, como señala Spielberger (1966b, 1972), los individuos con un alto rasgo de ansiedad tenderán a percibir más situaciones como amenazantes que los sujetos con niveles bajos en rasgo de ansiedad.

Por tanto, los sujetos con altos niveles de rasgo de ansiedad se verán expuestos con mayor frecuencia a situaciones que les generen estados de ansiedad lo que, en última instancia, según los datos aportados por las investigaciones presentadas, supondrá una mayor y más frecuente activación fisiológica y por tanto una mayor probabilidad de desarrollar trastornos psicofisiológicos.

Pero evidentemente, esta probabilidad aumentará o disminuirá en función de otros factores cognitivos determinantes que se han ido recogiendo en estas páginas. La combinación final de estos elementos influirá de forma decisiva en el riesgo o la vulnerabilidad que un individuo determinado presente.

Así por ejemplo, en general, los datos experimentales presentados apoyan que en situaciones de conflicto repetidas y crónicas en las que el sujeto evalúa que no posee estrategias de afrontamiento útiles o que existen pocas o ninguna posibilidad de aprender respuestas para dominar la situación, la ansiedad mantenida y persistente puede ser uno de los factores explicativos del trastorno psicofisiológico (Valdes y cols., 1983). Sin embargo, cuando el individuo se enfrenta a la situación que evalúa como aversiva y logra dominarla se produce un descenso del estado de ansiedad y disminuye el riesgo de padecer un trastorno.

De esta forma, será más probable que el individuo afronte aquellas situaciones que perciba como controlables, aunque objetivamente no lo sean, mientras que probablemente no afrontará aquellas en las que perciba que su control excede a sus posibilidades, aunque objetivamente no sea así.

Ante una situación que el sujeto perciba como amenazante son

importantes elementos como: la información sobre la naturaleza del estímulo aversivo, cómo y cuándo se va a presentar, qué estrategias puede utilizar para enfrentarse a él, cómo lo han controlado otros sujetos en otras ocasiones, etc. Si toda esta previsión y anticipación cognitiva ocurre entonces la homeostasis del sujeto no se verá tan seriamente amenazada y, por tanto, el estado de tensión se verá considerablemente reducido y la posibilidad de desarrollar un trastorno psicofisiológico se verá atenuada (Molina, 1981).

Esta perspectiva cognitiva será defendida por autores como Lazarus y Folkman (1986) que señalan que en la interacción entre individuo y situación los procesos de valoración y afrontamiento determinan tanto la vulnerabilidad al stress como la aparición de emociones específicas, las cuales darían lugar a trastornos fisiológicos específicos.

En posiciones intermedias entre ambas perspectivas, partiendo de posiciones comunes a los modelos de Sternbach o Stoyva pero influídos por autores como Lazarus (1977), Upper y Cautela (1979) y Meichenbaum (1977), diversos autores pondrán el énfasis en el papel desempeñado por las variables cognitivas mediadoras entre el estresor y la respuesta de activación del organismo como determinantes de la vulnerabilidad.

No obstante, aunque son numerosos los modelos y teorías que dan

importancia a determinadas características psicológicas como elementos que desempeñan una función relevante en la génesis, desarrollo y mantenimiento de la enfermedad, la investigación real y controlada en ese campo ha sido mucho más escasa que la investigación realizada desde la psicofisiología, centrada en el estudio de la respuesta de activación fisiológica ante distintos estímulos.

Sin embargo, fue una de las primeras líneas de investigación en el campo de los trastornos psicofisiológicos: el papel de los factores psicológicos en la enfermedad. Fueron principalmente los modelos psicodinámicos los primeros en sugerir que enfermedades determinadas surgían de conjuntos distintivos de características psicológicas. Desde esta perspectiva las úlceras estaban relacionadas con la frustración de necesidades "orales" y con el desarrollo de "dependencia oral", se consideraba que la hipertensión surgía de actividades competitivas hostiles o que las cefaleas migrañosas representaban necesidades o impulsos agresivos. Se consideraba, en general, que cada estado o enfermedad estaba asociada con un conjunto específico de características psicológicas.

Aunque estas ideas tuvieron prominencia en los comienzos de la medicina psicosomática, su carácter especulativo o no científico hizo que decayera su interés. Sin embargo, en la actualidad asistimos al resurgimiento del interés por la investigación en la relación entre determinadas características del

individuo y la predisposición a ciertas enfermedades. Un ejemplo clásico lo constituye los trabajos sobre el patrón de conducta Tipo A y su implicación como factor de riesgo de la enfermedad coronaria.

Son, en general, investigaciones que intentan encontrar perfiles psicológicos característicos de las distintas enfermedades psicofisiológicas. Veamos de forma resumida algunas de ellas.

Baer, Collin, Bourianoff y Ketchel (1979) apuntan que los sujetos hipertensos obtienen puntuaciones más altas que los sujetos normotensos en activación de ira, ansiedad y resentimiento.

Schalling y Svensson (1984) encontraron diferencias significativas entre hipertensos y normotensos en escalas de ansiedad, tensión, neuroticismo e "inhibición de agresión". Los hipertensos puntuaban más alto en estas escalas que los normotensos. Los autores describen el perfil del hipertenso como un individuo ansioso, que reprime o inhibe la ira y que no es asertivo.

Van Der Ploeg, Van Buuren y Van Brummelen en 1985, encuentran en el grupo de hipertensos puntuaciones más altas en estado de ira y expresión de ira que en el grupo de normotensos.

Thailer y cols. (1985) sostienen que los paciente hipertensos con elevación de la renina plasmática presentan mayores niveles de ira contenida, susceptibilidad, paranoidismo, depresión y ansiedad.

Suarez y Williams (1990) consideran que personas con hostilidad alta y probabilidad de mostrar ira hacia fuera tienen más riesgo de padecer trastornos cardiovasculares, mientras que quienes suprimen la expresión de ira tienen un riesgo más alto de padecer hipertensión.

Miguel-Tobal (1993) describe el perfil del sujeto hipertenso caracterizado por un alto rasgo general de ansiedad, alta reactividad en los sistemas de respuesta cognitivo y fisiológico, y en menor medida en el sistema motor; y por reacciones de ansiedad intensas ante las situaciones de prueba o evaluación, las situaciones potencialmente fóbicas, las habituales en su vida diaria y, en menor medida, ante las situaciones interpersonales. Por otro lado, los individuos hipertensos presentan una mayor disposición a expresar ira cuando son criticados o tratados de forma injusta, refrenan sus sentimientos de ira con mayor frecuencia y sus estados de ira se manifiestan en conductas agresivas directas de forma menos frecuente que en el grupo normotenso.

Smith y Christensen (1992) proponen un modelo que sugiere que las personas hostiles experimentan episodios de ira con más frecuencia y se hallan

más a menudo en un estado de vigilancia de su medio ambiente; existe por tanto una asociación entre ira y vigilancia que conlleva niveles elevados de respuestas cardiovasculares y neuroendocrinas que contribuyen al desarrollo de la enfermedad.

Magni, Di-Mario, Trinciarelli, Conlon y cols. (1986) en un estudio realizado con sujetos que padecen úlcera gástrica concluyen que dichos sujetos están caracterizados por un alto rasgo de ansiedad, dependencia, introspección, desconfianza, tendencia a ser taciturnos y ausencia de rasgos paranoides.

Tennant (1988), en un artículo de revisión de los efectos de distintos estresores, en conjunción con diferentes estados emocionales, sobre el incremento de secreción de ácido péptico sostiene que los sujetos con altos niveles de rasgo de ansiedad o neuroticismo son más propensos a sufrir estados de ansiedad inducidos por los distintos estresores diarios y en consecuencia son más propensos a padecer trastornos gastrointestinales.

Sreedhar (1989) encuentra que los sujetos con úlcera péptica tienen puntuaciones anormalmente elevadas en ansiedad.

Oken (1985) describe al paciente con colitis ulcerosa como una persona con un predominio de rasgos obsesivo-compulsivos, paranoides o esquizoides.

Las describe como extremadamente sensibles a las críticas y el rechazo, sumisos y conformistas, con dificultades para establecer relaciones amistosas positivas, tendientes a la superficialidad o a desarrollar relaciones de dependencia.

Mascia y otros, (1989) encontraron que los asmáticos con mayor grado de psicopatología (principalmente sintomatología depresiva), con un entorno familiar conflictivo o que han sufrido la pérdida o separación de una persona representativa, presentan un curso más desfavorable y un mayor riesgo de mortalidad.

Esta línea de investigación, que cuenta en la actualidad con instrumentos de evaluación más precisos, aparece como prometedora aportando datos de indudable interés y compatibles o complementarios con los aportados por la investigación psicofisiológica, siendo éste el marco en que se desarrolla la investigación que exponemos en las páginas siguientes.

4.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

El objetivo central de nuestra investigación es estudiar la relación entre distintas variables psicológicas y los trastornos psicofisiológicos. Derivado de este objetivo central nos planteamos dos objetivos específicos:

1. Estudiar la posible existencia de un perfil psicológico específico de los sujetos que presentan determinados trastornos psicofisiológicos con respecto a la población normal.

2. Estudiar si existen perfiles psicológicos específicos asociados a cada trastorno en concreto, es decir, estudiar la existencia de diferencias entre perfiles característicos de distintos trastornos.

Con este fin hemos seleccionados dos trastornos psicofisiológicos sobre los que existe clara evidencia de relación con variables psicológicas: *la hipertensión esencial y la úlcera péptica*.

Su elección ha venido determinada por varios motivos: por ser dos de los trastornos psicofisiológicos más clásicos en los que se ha centrado una buena parte de la investigación dentro de este área, por su gran incidencia entre la población y por existir entre ellos claras diferencias, tales como pertenecer a

sistemas diferentes -cardiovascular y gastrointestinal- y estar, en principio, regulados preferentemente por distintas ramas del S.N.A. -simpática y parasimpática-.

4.3. PROBLEMA

Partiendo de los objetivos reseñados formulamos los siguientes problemas:

¿Existe un perfil psicológico específico de los sujetos que presentan trastornos psicofisiológicos respecto a la población normal?

Teniendo en cuenta que trabajaremos con dos trastornos diferentes, **hipertensión esencial y úlcera péptica**, este problema general se desdobra de la siguiente manera:

1. ¿Existe un perfil psicológico específico y característico de los sujetos que padecen hipertensión esencial diferente al que muestra la población normal?

1. ¿Existe un perfil psicológico específico y característico de los sujetos que padecen úlcera péptica diferente al que muestra la población normal?

Además de estudiar las diferencias entre los perfiles asociados a estos trastornos psicofisiológicos con respecto a la población general, en consonancia con el segundo objetivo planteado, estamos interesados en conocer si existen diferencias entre el perfil mostrado por los sujetos hipertensos y el perfil

característico de los sujetos con úlcera péptica. Esto nos lleva a la formulación de un tercer problema:

3. ¿Existe a su vez un perfil psicológico característico y distinto para cada uno de los trastornos psicofisiológicos: hipertensión esencial y úlcera péptica?.

4.4. HIPOTESIS

A partir de los problemas planteados en esta investigación, en primer lugar y como hipótesis general partimos de la idea de que los sujetos que padecen un trastorno psicofisiológico presentarán un perfil psicológico característico y distinto de la población normal.

Dado que trabajaremos con dos trastornos diferentes se hace necesario establecer hipótesis específicas relativas a las diferencias entre cada uno de ellos y el grupo normal.

1. Los sujetos con **hipertensión esencial** presentarán un perfil psicológico característico y distinto de la población normal.

1.1. Los sujetos con hipertensión esencial mostrarán menor capacidad para solucionar y afrontar problemas cotidianos o de índole personal que los sujetos de la población normal.

1.2. Los sujetos con hipertensión esencial presentarán mayores niveles de ansiedad que los sujetos de la población normal.

1.3. Los sujetos con hipertensión esencial presentarán un perfil

caracterizado por menores puntuaciones en control emocional y extraversión que la población normal.

1.4. Los sujetos con hipertensión esencial presentarán mayores niveles de ira en general, una mayor tendencia a la expresión interna, así como una menor capacidad para su control que la población normal.

1.5. Los sujetos con hipertensión esencial presentarán mayores puntuaciones en cuanto al patrón de conducta Tipo A y variables relacionadas que los sujetos de la población normal.

Respecto al grupo de úlcera péptica formularemos las siguientes hipótesis:

2. Los sujetos con **úlcera péptica** presentarán un perfil psicológico característico y distinto de la población normal.

2.1. Los sujetos con úlcera péptica mostrarán menor capacidad para solucionar y afrontar problemas cotidianos o de índole personal que los sujetos de la población normal.

2.2. Los sujetos con úlcera péptica presentarán mayores niveles de

ansiedad que los sujetos de la población normal.

2.3. Los sujetos con úlcera péptica presentarán un nivel inferior en control emocional y extraversión que la población normal.

2.4. Los sujetos con úlcera péptica presentarán mayores niveles de ira en general, una mayor tendencia a la expresión interna, así como una menor capacidad para su control que la población normal.

2.5. Los sujetos con úlcera péptica presentarán mayores puntuaciones en cuanto al patrón de conducta Tipo A y variables relacionadas que los sujetos de la población normal.

Como puede observarse, la dirección de las diferencias respecto al grupo normal consideradas en las hipótesis relativas al grupo de hipertensión esencial y úlcera péptica es la misma. Por tanto, respecto al segundo problema planteado en nuestra investigación, referido a las diferencias entre los sujetos hipertensos y con úlcera, partimos de la hipótesis de la no existencia de diferencias significativas entre ambos trastornos o dicho de otro modo, de la no especificidad de las variables psicológicas asociadas a cada uno de los distintos trastornos.

Esta hipótesis podríamos formularla de la siguiente forma:

3. Los sujetos que padecen hipertensión esencial y los sujetos con úlcera péptica no mostrarán diferencias entre sí en ninguna de las variables psicológicas estudiadas.

4.5. METODO

Para abordar los objetivos de la presente investigación se ha diseñado una batería de pruebas psicológicas que agrupa aquellas variables que, según los distintos autores, parecen estar más relacionadas con los trastornos psicofisiológicos. La batería incluye medidas de **ansiedad, solución y afrontamiento de problemas, ira, rasgos de personalidad como control emocional y extraversión**, y finalmente, **patrón de conducta Tipo A**.

Para estudiar la relación de las mencionadas características psicológicas con los dos tipos de trastornos elegidos (hipertensión esencial y úlcera péptica) se han llevado a cabo tres estudios comparativos:

Estudio 1: Comparación entre sujetos con hipertensión esencial y sujetos de la población normal.

Estudio 2: Comparación entre sujetos con úlcera péptica y sujetos de la población general.

Estudio 3: Comparación entre sujetos con hipertensión esencial y sujetos con úlcera péptica.

Por medio de los dos primeros estudios se pretende abordar el primer objetivo: en qué medida las personas que presentan trastornos psicofisiológicos muestran a su vez ciertas características psicológicas distintivas de la población general.

Mediante el tercer estudio se aborda el segundo objetivo, conocer si los sujetos que presentan distintos trastornos psicofisiológicos muestran a su vez características psicológicas distintas entre sí.

4.5.1. MUESTRAS EMPLEADAS

Debido a las características de nuestra investigación se ha cuidado especialmente la equiparación del grupo normal con cada uno de los grupos de sujetos con trastornos psicofisiológicos (hipertensión y úlcera). Esta equiparación se ha realizado en relación a las variables sexo y edad.

Sin embargo, el grupo total de hipertensión y el grupo completo de sujetos con úlceras no están equiparados entre sí en estas variables, dado que hacerlo supondría la eliminación de muchos sujetos y de alguna manera desvirtuar las características específicas de cada uno de ellos, por ejemplo la mayor edad media de los sujetos hipertensos y el mayor porcentaje de varones entre los sujetos con úlcera.

Por ello, hemos preferido, y creemos que ésta es la opción más correcta, realizar un primer estudio en que se compara el grupo de hipertensión con un grupo normal equiparado y un segundo estudio en el que se compara los grupos de sujetos con úlcera y normales también equiparados entre sí.

Por último, para comparar ambos trastornos, hipertensión esencial y úlcera péptica, ha sido imprescindible equipararlos en cuanto a las variables mencionadas, aún a costa de que ello suponga, para este tercer estudio, una

considerable reducción de ambas muestras. Para realizar esta segunda selección de la muestra se calculaba el porcentaje de sujetos que debían ser eliminados según el sexo y el grupo de edad al que pertenecían y dentro de dichos grupos la selección era realizada al azar.

Por tanto, a la hora de describir las muestras lo haremos refiriéndonos a las empleadas en cada uno de los tres estudios. La distribución final de la muestra para cada uno de los tres estudios es la siguiente:

ESTUDIO 1: Comparación entre sujetos hipertensos y sujetos de la población normal.

La muestra de este estudio estaba formada por un total de 202 sujetos distribuidos de la siguiente forma:

Grupo de Hipertensión: 93 sujetos, 61 mujeres (66%) y 32 varones (34%), con edades comprendidas entre 19 y 74 años, siendo la media de edad de 49 años.

Grupo Normal: 109 sujetos, 72 mujeres (66%) y 37 varones (34%), con edades comprendidas entre 19 y 77 años y media de edad de 47 años.

ESTUDIO 2: Comparación entre sujetos con úlcera y sujetos de la población general.

La muestra de este estudio estaba formada por un total de 158 sujetos distribuidos de la siguiente forma:

Grupo de Úlcera: 61 sujetos, 24 mujeres (40%) y 37 varones (60%), con edades que oscilan entre 18 y 65 años, siendo la media de edad de 40 años.

Grupo Normal: 97 sujetos, 40 mujeres (41%) y 57 varones (59%), con edades comprendidas entre 18 y 64 años y una media de edad de 39 años.

ESTUDIO 3: Comparación entre sujetos con hipertensión y sujetos con úlcera.

La muestra de este estudio estaba formada por un total de 112 sujetos distribuidos de la siguiente forma:

Grupo de Hipertensión: 61 sujetos, 29 mujeres (48%) y 32 varones (52%), con edades comprendidas entre 19 y 64 años y media de edad de 44 años.

Grupo de Úlcera: 51 sujetos, 24 mujeres (47%) y 27 varones (53%) con edades comprendidas entre 18 y 65 años, siendo la media de edad 44 años.

En relación a los **criterios de inclusión** en los grupos, para ser incluídos en el grupo de **hipertensión esencial** los sujetos debían cumplir los siguientes requisitos:

1. Padecer hipertensión esencial diagnosticada.
2. No presentar ningún otro tipo de trastorno psicofisiológico (trastorno coronario, úlcera, cefaleas, dolor crónico, gastritis, asma, etc.) ni psicológico (depresión, ansiedad generalizada, trastorno obsesivo, etc.).

Señalaremos que un porcentaje elevado de la muestra tomaba medicación para el control de la hipertensión.

Para su inclusión en el grupo de **úlcera** los sujetos debían cumplir los siguientes requisitos:

1. Padecer úlcera péptica diagnosticada.
2. No presentar ningún otro tipo de trastorno psicofisiológico (trastorno

cardiovascular, cefaleas, dolor crónico, asma, etc.) ni psicológico.

No fueron incluidos en la muestra aquellos sujetos que, aún presentando síntomas similares a la úlcera, no habían sido diagnosticados por endoscopia.

Finalmente, el requisito que debían cumplir los sujetos para ser incluidos en el grupo **normal** era no padecer ni haber padecido ningún trastorno psicofisiológico ni psicológico.

Una parte de los sujetos que forman los grupos de hipertensión y úlcera estaban siguiendo tratamiento en el Centro de Salud "El Arroyo" de Fuenlabrada (Madrid). El resto de los sujetos que conforman estos grupos fueron contactados personalmente previo conocimiento de su trastorno. Por último, el grupo normal se fue conformando mediante la selección de sujetos de distintos ámbitos a medida que se completaban los grupos de hipertensión y úlcera, con vistas a equiparlos en sexo y edad.

4.5.2. PROCEDIMIENTO

El procedimiento seguido fue el mismo en los tres estudios y para todos y cada uno de los sujetos que componían las distintas muestras.

En una primera entrevista (personal o telefónica) los sujetos eran informados, en términos generales, sobre la naturaleza del estudio que se iba a realizar y se solicitaba su colaboración voluntaria en el mismo. En caso afirmativo se acordaban las citas necesarias para llevar a cabo la evaluación psicológica.

La evaluación se realizó de forma individual, manteniéndose constante el orden de aplicación de las pruebas para todos los sujetos: Cuestionario biográfico, Inventario de Solución y Afrontamiento de Problemas -I.S.A.P.-, Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad -I.S.R.A.-, Cuestionario de Personalidad -C.E.P.-, Inventario de Expresión de Ira Rasgo-Estado -S.T.A.X.I.- y Escala de Actividad de Jenkins -J.A.S.-. El total de variables exploradas mediante estos instrumentos, excluyendo el cuestionario biográfico, es de 28.

Por la extensión de la batería y para evitar el posible cansancio, la evaluación se realizaba en cuatro sesiones:

- En la primera sesión, los sujetos rellenaban junto con el evaluador el "Cuestionario biográfico" en el que debían cumplimentar una serie de datos personales (edad, sexo, nivel de estudios, actividad laboral, consumo de alcohol, consumo de tabaco, ejercicio físico, etc.) así como detallada información sobre los trastornos o enfermedades que padecían o habían padecido.

En caso de padecer actualmente algún trastorno (hipertensión o úlcera) debían reflejar la fecha aproximada de diagnóstico del mismo, así como el tratamiento seguido. Como hemos reflejado en la descripción de la muestra, quedaban excluidos todos aquellos sujetos que padecieran algún trastorno que no fuera hipertensión o úlcera, o incluso aquellos que diciendo padecerlo no hubiesen sido diagnosticados.

En el caso concreto de padecer hipertensión, debían reflejar los niveles de presión arterial correspondientes a las tres últimas tomas realizadas.

Con esta primera información se seleccionaban los sujetos que iban a formar parte de la muestra de nuestra investigación, y se determinaba la inclusión en uno de los grupos (normal, hipertensión o úlcera).

- En una segunda sesión se procedía a la aplicación de las dos siguientes pruebas de evaluación psicológica: el Inventario de Solución y Afrontamiento

de Problemas I.S.A.P. y el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad I.S.R.A., siempre de forma individual y en el mismo orden.

- En la tercera sesión el sujeto contestaba a las dos pruebas siguientes de la batería: el Cuestionario de Personalidad C.E.P. y el Inventario de Expresión de Ira Rasgo-Estado S.T.A.X.I.

- Finalmente, en la cuarta sesión el sujeto rellenaba la última prueba de la batería, la Escala de Actividad de Jenkins J.A.S.

Para la cumplimentación de la batería, las instrucciones que se les daba, de forma general, eran que debían contestar a todas las preguntas lo más sinceramente posible, intentando no cometer omisiones y que en caso de duda preguntasen al evaluador.

Además, antes de cada prueba, el sujeto debía leer las instrucciones específicas para su cumplimentación asegurándose de haberlas entendido.

4.5.3. DESCRIPCION DE LOS INSTRUMENTOS EMPLEADOS.

Para la medida de las variables psicológicas objeto de nuestra investigación se ha utilizado una batería compuesta por cinco pruebas:

- Un inventario creado originalmente para su utilización en esta investigación: el **Inventario de Solución y Afrontamiento de Problemas -I.S.A.P.-**, de Miguel-Tobal y Casado (1992). Este inventario ha sido empleado en los dos últimos años en diversos estudios (Miguel-Tobal y Cano, 1991; Casado y Miguel-Tobal, 1992, 1993a) mostrando una consistente validez estructural y una alta capacidad de discriminación.
- Dos inventarios de reciente creación: el **Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad -I.S.R.A.-** de Miguel-Tobal y Cano (1986, 1988) y el **Inventario de Expresión de Ira Rasgo-Estado -S.T.A.X.I.-** de Spielberger (1988, 1991).
- Dos escalas clásicas: el **Cuestionario de Personalidad -C.E.P.-** de Pinillos (1973) y la **Escala de Actividad de Jenkins -J.A.S.-** (Forma C) de Jenkins, Zyzanski y Rosenman (1979) en la adaptación castellana de Fernández-Abascal (1992).

A continuación pasamos a describir detalladamente cada uno de estos instrumentos.

Inventario de Solución y Afrontamiento de Problemas I.S.A.P. (Miguel-Tobal y Casado, 1992)

El ISAP fue creado originalmente para esta investigación, basándonos en el modelo teórico de resolución de problemas de D’Zurilla y Goldfried (1971), con el objetivo de evaluar la capacidad que muestran los distintos sujetos para afrontar y solucionar problemas de la vida cotidiana, así como la forma en que lo hacen.

La primera versión del ISAP constaba de 39 ítems, de los cuales algunos se derivaban del Problem Solving Inventory -PSI- de Heppner y Petersen (1982); otros pertenecían al Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad -ISRA- de Miguel-Tobal y Cano (1986); y finalmente algunos se elaboraron específicamente para este inventario, reflejando las distintas etapas del proceso de solución de problemas. Tras los distintos análisis realizados, el ISAP quedó definitivamente formado por 25 ítems que son contestados de acuerdo a una escala de frecuencia de cinco puntos (0. casi nunca; 1. pocas veces; 2. unas veces sí y otras veces no; 3. muchas veces; 4. casi siempre) (Para una información detallada ver Miguel-Tobal y Casado, 1992).

El análisis factorial realizado por el método de componentes principales (P.C.A.) con rotación oblicua (D.Q.U.A.R.T.) agrupa los items en tres factores. El Valor Propio resultante de cada factor fue: 4.46; 3.12 y 2.86 respectivamente, siendo los tres factores responsables del 41% de la Varianza total explicada.

El *Factor I* que denominamos "*Confianza-Inseguridad en sí mismo*", es un factor bipolar que viene definido por 12 items. Estos items reflejan aspectos tales como, en un polo, confianza en la habilidad personal, seguridad, satisfacción por la propia capacidad, etc.; en el otro, miedo a cometer errores, intranquilidad y dudas sobre la habilidad personal.

El *Factor II*: "*Reflexividad-Impulsividad*", es también un factor de carácter bipolar y viene definido por 6 items que reflejan, en un polo, reflexión, toma de tiempo para meditar sobre la acción y sus consecuencias, etc.; en el otro, una conducta rápida e irreflexiva para tomar decisiones, inmediatez, apresuramiento, etc.

El *Factor III*: "*Estrategias de resolución de problemas*". Este factor es de carácter unipolar y viene definido por 7 items que reflejan las distintas etapas de la solución de problemas tales como búsqueda de información, evaluación de errores, análisis de las condiciones, búsqueda de alternativas de solución al problema, etc.

Así mismo, se obtiene así mismo una puntuación *Total "T"*, suma directa de las puntuaciones de los tres factores anteriormente descritos.

En cuanto a los datos sobre fiabilidad, ésta es obtenida por el método test-retest con intervalo de un mes en una población formada por 50 sujetos. Los índices oscilan entre 0.74 y 0.89.

Respecto a la consistencia interna, las correlaciones entre cada una de las subpruebas con el total de la escala oscilan entre 0.52 y 0.75.

Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad I.S.R.A. (Miguel-Tobal y Cano, 1986, 1988)

El ISRA es un inventario con formato S-R, que consta de 22 situaciones y 24 respuestas de ansiedad. El sujeto debe evaluar la frecuencia con que se manifiestan una serie de respuestas de ansiedad ante cada una de las 22 situaciones que se le presentan. La forma de puntuar se realiza mediante una escala de frecuencia de cinco puntos (0. casi nunca; 1. pocas veces; 2. unas veces sí, otras veces no; 3. muchas veces; 4. casi siempre). En total el sujeto debe responder a 224 ítems (interacción situación x respuesta).

Las 24 respuestas de ansiedad están divididas en tres subescalas

siguiendo el triple sistema de respuestas: *respuestas Cognitivas* (7), *respuestas Fisiológicas* (10) y *respuestas Motoras* (7).

Las *respuestas del sistema cognitivo* se refieren a pensamientos y sentimientos de preocupación, miedo, aprensión, inseguridad, etc. Este tipo de pensamientos llevan al individuo a un estado de alerta o tensión.

Las *respuestas del sistema fisiológico* incluyen índices de activación del Sistema Nervioso Autónomo y Somático como por ejemplo: palpitaciones, taquicardias, sequedad de boca, dificultad para tragar, escalofríos, temblor, sudoración, tensión muscular, respiración agitada, etc. Otros síntomas asociados que se registran son: dolor de cabeza, mareos, náuseas, molestias en el estómago, etc.

Las *conductas motoras* incluídas en la tercera subescala recogen índices de agitación motora fácilmente observables: dificultad de expresión verbal (bloqueo, tartamudez), movimientos torpes, respuestas de escape o evitación, fumar, beber o comer en exceso, llanto, movimientos repetitivos con pies o manos, rascarse, hiperactividad.

En relación a las situaciones, proporciona además medidas en cuatro áreas o factores situacionales.

El *factor I o Ansiedad de evaluación* incluye aquellas situaciones que implican evaluación o asunción de responsabilidades: hablar en público, hacer un examen o pasar una entrevista, tomar una decisión o resolver un problema, ser observado en el trabajo, recibir críticas, etc.

El *factor II o Ansiedad interpersonal* está formado por situaciones como ir a una cita con una persona del otro sexo, estar muy cerca de una persona del otro sexo o en una situación sexual íntima, asistir a una reunión social, etc.

El *factor III o Ansiedad fóbica* incluye situaciones en las que, como elemento central, aparecen estímulos típicamente fóbicos: viajar en avión o barco, lugares altos o cerrados, aguas profundas, inyecciones o sangre, multitudes, etc.

Por último, el *factor IV o Ansiedad de la vida cotidiana* recoge situaciones como: a la hora de dormir, por nada en concreto, situaciones de trabajo o estudio, etc.

En resumen, por medio del ISRA obtenemos puntuaciones en ocho escalas:

* Las tres primeras correspondientes a los tres componentes de la

respuesta de ansiedad ante distintas situaciones: *Reactividad Cognitiva, Fisiológica y Motora*.

* En cuarto lugar el *Rasgo o nivel general de ansiedad*.

* Y finalmente las cuatro últimas corresponden a áreas situacionales que reflejan los niveles de ansiedad ante diferentes categorías de situaciones: *Ansiedad ante la evaluación, Ansiedad interpersonal, Ansiedad fóbica y Ansiedad ante las situaciones de la vida cotidiana*.

Cuestionario de Personalidad C.E.P. (Pinillos, 1973)

El C.E.P. es un cuestionario de personalidad que consta de 145 ítems a los que el sujeto debe responder con un SI o un No (en caso de no poder decidirse puede elegir la alternativa ?). Nos proporciona medidas en cuatro escalas:

Escala de Control (C): Se refiere a la estabilidad emocional, al hecho de experimentar o no cambios emocionales sin causa aparente o por razones nimias; estos cambios son de naturaleza eminentemente depresiva. No se trata de un factor de dominio de sí mismo, de control de las emociones sino de variaciones más profundas de emotividad, de cambios emotivos casi endógenos

que ocurren o dejan de ocurrir sin la intervención de la voluntad del sujeto. Por ello, como indica el propio autor, convendría denominar a esta dimensión como estabilidad emocional.

Escala de Extraversión (E): Esta escala mide extraversión social, cuyas características principales son la animación de carácter, facilidad y gusto por los contactos y relaciones sociales, locuacidad y habilidad para dirigir reuniones. En segundo término aparecen cualidades como despreocupación y preferencia de la acción sobre la reflexión.

Escala de Paranoïdismo (P): Agresividad, suspicacia y tenacidad rígida son las tres características que destacan en el contenido de las preguntas; tras ellas parece vislumbrarse una cierta convicción de la propia superioridad sobre los demás. En suma, el carácter definido por una alta puntuación en esta escala presenta un alto nivel de aspiraciones, tenacidad rígida, agresividad y una concepción pesimista de las intenciones ajenas.

Escala de Sinceridad (S): Es una adaptación de la escala L del M.M.P.I. y está constituida por una serie de cuestiones relativas a pequeñas faltas morales o sociales frecuentes en casi todo el mundo, pero cuya confesión pública o en cuestionario que va a ser leído puede resultar molesta e inducir a mentir. Son preguntas ligeramente embarazosas, a muchas de las cuales la

mayoría de las personas deberían responder afirmativamente. La interpretación de esta escala, la averiguación de qué es lo que efectivamente mide, si sinceridad o asimilación de las normas sociales, no es fácil.

Estos factores o dimensiones de la personalidad vienen definidos con un total de 126 ítems. El resto de preguntas del cuestionario (19 ítems) no están incluidos en dichos factores ya que su validez aún no ha sido estudiada, y sólo se consideran para la puntuación de una escala adicional, la Escala de número de dudas (?), en la cual se tienen en cuenta el número de interrogantes contestados en la prueba, pero esta escala no constituye en sí misma una dimensión de personalidad sino una escala con cierta intercorrelación con la de Sinceridad y Paranoïdismo.

Inventario de Expresión de Ira Rasgo-Estado S.T.A.X.I. (Spielberger, 1988, 1991)

La versión experimental española del Inventario de Expresión de Ira Rasgo-Estado ha sido traducida por nosotros del original en inglés (State-Trait Anger Expresión Inventory), intentando preservar el significado de cada ítem y adaptarlo a las expresiones del idioma español. Se han realizado distintos estudios con esta versión española (Casado y Miguel-Tobal, 1993b; Miguel-Tobal, 1993) obteniéndose resultados satisfactorios. Hemos de señalar que, tanto

el formato definitivo de la versión española como buena parte de los resultados obtenidos con ella, han sido comentados y discutidos con su autor, Spielberg.

El *STAXI* consta de 44 ítems distribuidos en tres partes:

Parte I: compuesta de 10 ítems que reflejan sentimientos o acciones del tipo: estoy furioso, tengo ganas de romper cosas, me gustaría decir tacos, etc.

El sujeto debe responder a cada ítem en una escala de 4 puntos, reflejando cómo se siente en ese momento (1. no en absoluto; 2. algo; 3. moderadamente; 4. mucho).

Parte II: compuesta de 10 ítems a los que el sujeto debe contestar en una escala de 4 puntos (1. casi nunca; 2. algunas veces; 3. a menudo; 4. casi siempre) reflejando los ítems cómo se siente normalmente. Ejemplo de algunos de estos ítems son: estoy de buen humor, tengo un carácter irritable, pierdo los estribos, etc.

Parte III: compuesta por 24 ítems que reflejan sentimientos o acciones que un sujeto puede realizar cuando se enfada: controlo mi temperamento, tengo paciencia con los demás, discuto con los demás, digo barbaridades, pierdo la paciencia, etc.

El sujeto debe puntuar cada ítem según una escala de 4 puntos (igual que la escala de la parte II), si los ítems reflejan cómo reacciona o se comporta cuando está enfadado o enfurecido.

El STAXI consta de seis escalas y dos subescalas:

* *Estado de ira (E-Ira)*: es una escala con 10 ítems, que mide la intensidad de los sentimientos de ira en un momento determinado.

* *Rasgo de ira (R-Ira)*: es una escala compuesta por 10 ítems que mide diferencias individuales en la disposición para experimentar ira; esta escala incluye dos subescalas:

* *Temperamento de ira (Ira-Temp)*: subescala que consta de 4 ítems que reflejan la propensión a experimentar y expresar ira sin una provocación específica.

* *Reacción de ira (Ira-Reac)*: subescala que consta de 4 ítems que miden las diferencias individuales en la disposición para expresar ira cuando se es criticado o tratado injustamente por otros.

* *Ira-hacia dentro o Ira interna (Ira-In)*: es una escala compuesta por 8

ítems que miden la frecuencia con la que los sentimientos de ira son refrenados o suprimidos.

* *Ira-hacia fuera o Ira externa (Ira-Ex)*: es una escala que consta de 8 ítems y que mide la frecuencia con que un individuo expresa ira hacia otras personas u objetos del entorno.

* *Control de ira (Ira-Con)*: consta de 8 ítems que miden la frecuencia con que un individuo intenta controlar la expresión de su ira.

* *Expresión de ira (Ira-Exp)*: esta escala está basada en las respuestas a los 24 ítems de las escalas Ira-In, Ira-E e Ira-Con. Proporciona un índice general de la frecuencia con la que es expresada la ira, independientemente de la dirección de la expresión (externa, interna).

Inventario de Actividad de Jenkins J.A.S. (Forma C) (Jenkins, Zyzanski y Rosenman, 1979)

El Inventario de Actividad de Jenkins -J.A.S.- evalúa de forma objetiva el patrón de conducta Tipo A propuesto en los años 50 por Friedman y Rosenman como un patrón conductual característico de los pacientes con enfermedades coronarias y definido como un complejo que incluye una alta

tendencia al éxito, una gran implicación en el trabajo, competitividad, agresividad, hostilidad, urgencia en el tiempo e impaciencia.

Existen distintas versiones de la escala: Forma experimental (1964), 1ª Edición (1965), 2ª Edición (1966), 3ª Edición (1969), Forma B (1972), Forma C (1979). La versión utilizada en esta investigación es la Forma C de Jenkins, Zyzanski y Rosenman de 1979, adaptada por Fernández-Abascal en 1992.

Esta escala consta de 52 items de elección múltiple, de los cuales, 21 llevan el peso principal para medir el patrón de conducta Tipo A siendo calificados como:

1 item de hostilidad en la juventud.

5 items de competitividad.

8 items de acciones inmediatas y rapidez (ej. comer deprisa)

7 items de estilo opresivo de trabajo (ej. no tomar vacaciones).

Para su corrección se establece un complejo sistema de pesos considerado de tal manera que la media es 0 y la desviación típica 10. Una puntuación positiva indica Tipo A y una negativa tipo B.

Pueden obtenerse, además del *factor general Tipo A*, tres factores que

correlacionan escasamente con la puntuación general. Estos son:

- *Factor S*, compuesto por 21 items que reflejan velocidad, impaciencia y prisa. Este factor trata sobre la relevancia de la premura de tiempo en el estilo de comportamiento de la persona. Los que puntúan alto en este factor tienden a comer rápidamente, son impacientes en la conversación con otros, apresuran a las demás personas, tienen temple duro y son fácilmente irritables.

- *Factor J* o de *Implicación en el trabajo* compuesto por 24 items. Este factor expresa el grado de dedicación a la actividad ocupacional. Típicamente, las personas que puntúan alto en este factor informan de tener una alta motivación de logro y una gran presión en el trabajo. Trabajan horas extraordinarias y afrontan importantes trabajos en tiempos límites. Prefieren la promoción laboral a un aumento en el sueldo, aunque usualmente han recibido ambos en el transcurso de los últimos años.

- *Factor H* o de *Hostilidad y Competitividad* es un factor compuesto por 20 items que reflejan comportamiento duro y conductas competitivas. Este factor comprende una imagen de sí mismo como persona de comportamiento duro, consciente, responsable, serio, competitivo y poniendo delante más esfuerzo que el resto de la gente. Esta serie de rasgos sugieren alta socialización, pero implica también intensas activaciones.

Las puntuaciones, como en el caso de la escala general, siguen una distribución normal con media de 0 y desviación típica de 10 puntos.

Las personas que muestran este patrón conductual son llamados individuos Tipo A frente a los designados Tipo B (un estilo relajado, no apresurado y maduro). En general las personas con altas puntuaciones de Tipo A tienen una mayor probabilidad de desarrollar trastornos coronarios, asumiendo que estén equiparados en los demás factores de riesgo (Jenkins, Zyzanski y Rosenman, 1976). El perfil de las puntuaciones en los factores muestra, por su parte, qué aspectos de la conducta son más intensos.

En total, mediante los instrumentos descritos se exploran 28 variables, de las cuales, 4 pertenecen al Inventario de Solución y Afrontamiento de Problemas -I.S.A.P.-, 8 derivan del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad -I.S.R.A.-, 4 pertenecen al Cuestionario de Personalidad -C.E.P.-, 8 provienen del Inventario de Expresión de Ira Rasgo-Estado -S.T.A.X.I.- y finalmente, 4 pertenecen al Inventario de Actividad de Jenkins J.A.S. (Forma C). Un listado de las variables puede verse en la Tabla I.

Tabla I: Relación de las 28 variables analizadas

Inventario	Escala	Definición de las escalas
ISAP	FI	Confianza-Inseguridad en sí mismo
	FII	Reflexividad-Impulsividad
	FIII	Estrategias de resolución
	T	Capacidad de solución de problemas
ISRA	C	Ansiedad Cognitiva
	F	Ansiedad Fisiológica
	M	Ansiedad Motora
	T	Rasgo general de Ansiedad
	FI	Ansiedad de Evaluación
	FII	Ansiedad Interpersonal
	FIII	Ansiedad Fóbica
	FIV	Ansiedad de la Vida Cotidiana
CEP	C	Control Emocional
	E	Extraversión
	P	Paranoidismo
	S	Sinceridad
STAXI	E-Ira	Estado de Ira
	R-Ira	Rasgo de Ira
	Ira-Temp	Temperamento de Ira
	Ira-Reac	Reacción de Ira
	Ira-In	Ira Interna
	Ira-Ex	Ira Externa
	Ira-Con	Control de Ira
	Ira-Exp	Expresión de Ira
JAS	A	Patrón de Conducta Tipo A
	S	Prisa e Impaciencia
	J	Implicación en el Trabajo
	H	Hostilidad y Competitividad

4.6. ANALISIS DE DATOS

Una vez finalizada la fase de evaluación obtuvimos 490 puntuaciones para cada sujeto, correspondientes al total de items de los cinco cuestionarios. Dichas puntuaciones fueron sometidas a diferentes análisis, siendo éstos los mismos para cada uno de los tres estudios:

1. Cálculo de medias y desviaciones típicas de cada variable en cada uno de los grupos.

2. Pruebas "t" de Student intergrupo (para varianzas iguales o distintas) que nos permitieran analizar la diferencia de medias entre los grupos y el grado de significación de las mismas para cada una de las 28 variables analizadas.

Todos los análisis fueron realizados por medio del paquete estadístico de programas B.M.D.P. y en concreto el programa BMDP3D (Dixon, 1993).

4.7. RESULTADOS

Se ha preferido para una mayor claridad expositiva presentar los resultados de cada estudio, seguido de sus conclusiones correspondientes. Por ello, en cada apartado de resultados referidos a cada uno de los estudios se ha incluido un punto en el que se exponen las conclusiones correspondientes a ese estudio.

4.7.1. PRIMER ESTUDIO: Comparación de los grupos Normal-Hipertensión.

Las pruebas de "t" han mostrado diferencias significativas entre ambos grupos, normal e hipertensión, en 17 de las 28 variables analizadas. A continuación analizaremos estas diferencias con detalle.

Respecto a la **solución y afrontamiento de problemas** medidos por el Inventario de Solución y Afrontamiento de Problemas -I.S.A.P.- (ver tabla II y gráfico 1), las diferencias entre ambos grupos resultan estadísticamente significativas en todos y cada uno de los factores, FI: Confianza-Inseguridad en sí mismo ($p \leq 0.0007$), FII: Reflexividad-Impulsividad ($p \leq 0.01$) y FIII: Estrategias de resolución ($p \leq 0.05$), así como en el total de la escala ($p \leq 0.0006$).

En el Factor I, los sujetos de la población general obtienen mayor

puntuación media que los sujetos del grupo de hipertensión, mostrando así los primeros una mayor confianza en sí mismos a la hora de resolver problemas de la vida cotidiana.

En el Factor II, los sujetos del grupo normal presentan igualmente puntuaciones más altas, lo que indica una mayor frecuencia de conductas o acciones reflexivas para afrontar los problemas que los sujetos hipertensos quienes muestran una forma más impulsiva de resolución.

En el Factor III: Estrategias de resolución de problemas, el grupo normal presenta mayor puntuación que el grupo de hipertensión, lo que indica un mayor conocimiento de estrategias válidas para solucionar problemas cotidianos.

Las diferencias en el total de la escala reflejan, en conjunto, que el grupo de hipertensión posee una menor capacidad general para afrontar y solucionar los problemas cotidianos que el grupo normal. Este resultado es reflejo de las diferencias encontradas en FI y, en menor medida, en FII y FIII.

En cuanto a la **ansiedad**, medida por medio del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad -I.S.R.A.- (ver tablas III, IV y gráficos 2 y 3), los resultados muestran diferencias altamente significativas en todas y cada una de las variables, rasgo general de ansiedad, ansiedad Cognitiva, ansiedad

Fisiológica ($p \leq 0.0001$ en todos los casos) y, en menor grado, aunque también claramente significativa, ansiedad Motora ($p \leq 0.001$). En cuanto a las áreas situacionales, las diferencias son igualmente significativas en todos los casos, ansiedad de evaluación, ansiedad interpersonal, ansiedad fóbica y ansiedad de la vida cotidiana ($p \leq 0.0001$ en los cuatro factores). En todos los casos, las medias de las puntuaciones del grupo de hipertensión son más elevadas que las del grupo normal.

Los sujetos hipertensos mostraron mayores puntuaciones que los normales en la escala cognitiva, lo que refleja una mayor frecuencia de pensamientos y sentimientos de preocupación, miedo, inseguridad, etc.; es decir, aparecen una serie de "rumiaciones" que llevan al individuo hipertenso a un estado de alerta, desasosiego o tensión con mayor frecuencia que al sujeto de la población normal.

Los sujetos hipertensos mostraron mayores puntuaciones que los normales en la escala fisiológica, lo que indica una mayor frecuencia de activación del Sistema Nervioso Autónomo y Somático; es decir, el sujeto hipertenso informa padecer con mayor frecuencia que el sujeto normal, síntomas como palpitaciones, sequedad de boca, escalofríos, temblor, sudoración, tensión muscular, respiración agitada, dolor de cabeza, mareos, molestias en el estómago, etc.

Los sujetos hipertensos mostraron puntuaciones más elevadas que los normales en la escala motora, lo cual indica que los sujetos del grupo de hipertensión informan con mayor frecuencia que los sujetos del grupo normal, de la presencia de respuestas o índices de agitación motora, fácilmente observables por otra persona, tales como, dificultades de expresión verbal, movimientos torpes, respuestas de escape o evitación, fumar, beber o comer en exceso, llanto, movimientos repetitivos con pies o manos, rascarse, hiperactividad, etc.

En relación a las áreas situacionales, las puntuaciones del grupo de hipertensión son, en todos los casos, significativamente más elevadas que las obtenidas por el grupo normal, lo cual nos indica que los primeros presentan mayores niveles de ansiedad, en general, ante las distintas situaciones ansiógenas. En concreto, ante situaciones que implican evaluación o asunción de responsabilidades: hablar en público, hacer un examen o pasar una entrevista, tomar una decisión o resolver un problema, ser observado en el trabajo, recibir críticas, etc.; ante situaciones que implican relaciones interpersonales como ir a una cita con una persona del otro sexo, estar muy cerca de una persona del otro sexo o en una situación sexual íntima, asistir a una reunión social, etc.; ante situaciones en las que, como elemento central, aparecen estímulos típicamente fóbicos: viajar en avión o barco, lugares altos o cerrados, aguas profundas, inyecciones o sangre, multitudes, etc.; y finalmente,

ante situaciones cotidianas como a la hora de dormir, por nada en concreto, situaciones de trabajo o estudio, etc.

Reflejo de todas las escalas anteriores, señalaremos que los sujetos del grupo de hipertensión presentan mayores puntuaciones que el grupo normal en rasgo general de ansiedad, es decir, en la propensión a responder de forma ansiosa ante las distintas situaciones.

Con relación a los **rasgos de personalidad**, medidos por el Cuestionario de Personalidad -C.E.P.- (ver tabla V y gráfico 4), se encuentran diferencias significativas entre ambos grupos en tres de las cuatro escalas, Control ($p \leq 0.001$), Extraversión ($p \leq 0.03$) y Sinceridad ($p \leq 0.0001$).

Los sujetos del grupo normal puntúan más alto que los sujetos del grupo de hipertensión en las tres escalas. Por tanto, y en relación a estos datos, podemos decir que los sujetos del grupo normal presentan un mayor control emocional, es decir, una mayor estabilidad emocional o una menor tendencia a experimentar cambios emocionales sin causa aparente o por razones nimias.

Con respecto a la escala de extraversión, los sujetos del grupo normal presentan mayores puntuaciones que el grupo de hipertensión, lo cual indica en los primeros una mayor animación de carácter, facilidad y gusto por los

contactos y relaciones sociales, locuacidad y habilidad para dirigir reuniones y preferencia de la acción sobre la reflexión

Finalmente, en relación a la última escala del C.E.P. en la que aparecen diferencias significativas, la escala de Sinceridad, las mayores puntuaciones obtenidas por el grupo normal indican que los sujetos de la población general presentan mayor propensión o facilidad, que los sujetos del grupo de hipertensión, a "confesar" o informar sobre pequeñas faltas morales o sociales frecuentes en casi todo el mundo, pero cuya confesión pública puede resultar molesta e inducir a mentir.

Respecto a la **ira**, medida por medio del Inventario de Expresión de Ira Rasgo-Estado -S.T.A.X.I.- (ver tabla VI y gráfico 5), solamente es significativa la diferencia entre los grupos normal e hipertensión en una de las variables, ira hacia dentro o ira interna ($p \leq 0.007$), siendo mayor la puntuación de los sujetos hipertensos. Este resultado refleja una mayor tendencia en los sujetos hipertensos a expresar sus sentimientos de ira de forma interna, o dicho de otro modo, a refrenar o "guardar" sus sentimientos de ira.

Finalmente, en relación al **patrón de conducta Tipo A** y variables relacionadas, medidas por la Escala de Actividad de Jenkins -J.A.S.- (ver tabla VII y gráfica 6), se encuentran diferencias significativas entre los grupos normal

e hipertensión solamente en una de las escalas, la escala J o escala de Implicación en el trabajo ($p \leq 0.0001$), siendo mayor la puntuación del grupo normal.

Este resultado indica que los sujetos del grupo normal se implican en su trabajo en mayor medida que los sujetos hipertensos, tienden con mayor frecuencia a trabajar horas extraordinarias y a afrontar importantes trabajos en tiempos límites, prefieren la promoción laboral a un aumento en el sueldo y tienden a tener una alta motivación de logro y una gran presión en el trabajo. El significado de este resultado, en principio bastante sorprendente, será comentado detalladamente más adelante.

Además de este factor, es de señalar la diferencia de medias entre ambos grupos, normal e hipertensión, en la medida general del patrón de conducta Tipo A, ya que si bien no llega a alcanzar la significación estadística se encuentra muy próxima ($p \leq 0.07$), siendo mayor la puntuación del grupo normal.

Este resultado implicaría una mayor tendencia del grupo normal a mostrar las características del Tipo A. Ello puede ser debido probablemente al influjo de los ítems comunes de esta escala con la escala J de Implicación en el trabajo.

TABLA II: Pruebas de t (Diferencia de medias) entre los grupos "normal" e "hipertensión" en relación al ISAP

		NORMAL	HIPERT	t	p
CONFIANZA	M	28.11	24.25	3.43	0.0007
	Sx	7.94	7.93		
REFLEXIVIDAD	M	17.28	15.70	2.46	0.01
	Sx	4.22	4.93		
ESTRATEGIAS	M	21.04	19.66	1.95	0.05
	Sx	4.92	5.11		
TOTAL	M	66.43	59.67	3.51	0.0006
	Sx	13.89	13.15		

INVENTARIO DE SOLUCION Y AFRONTAMIENTO DE PROBLEMAS -ISAP-

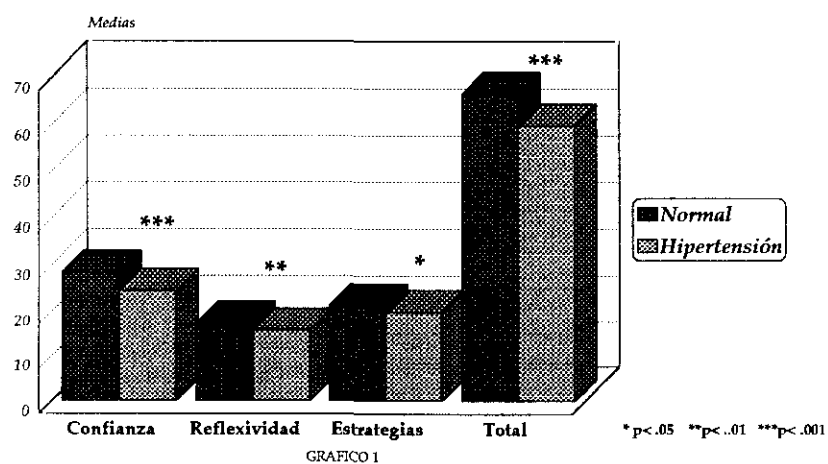
Comparación entre los grupos normal e hipertensión

TABLA III: Pruebas de t (Diferencia de medias) entre los grupos "normal" e "hipertensión" en relación al ISRA (Sistemas de respuesta)

		NORMAL	HIPERT	t	p
COGNITIVO	M	75.07	109.73	-6.10	0.0000
	Sx	38.45	42.11		
FISIOLOGICO	M	41.02	72.22	-5.84	0.0000
	Sx	32.26	41.88		
MOTOR	M	42.97	58.85	-3.25	0.001
	Sx	32.69	36.20		
RASGO	M	159.02	240.23	-5.85	0.0000
	Sx	90.45	105.41		

INVENTARIO DE SITUACIONES Y RESPUESTAS DE ANSIEDAD -I.S.R.A.-
(SISTEMAS DE RESPUESTA)

Comparación entre los grupos normal e hipertensión

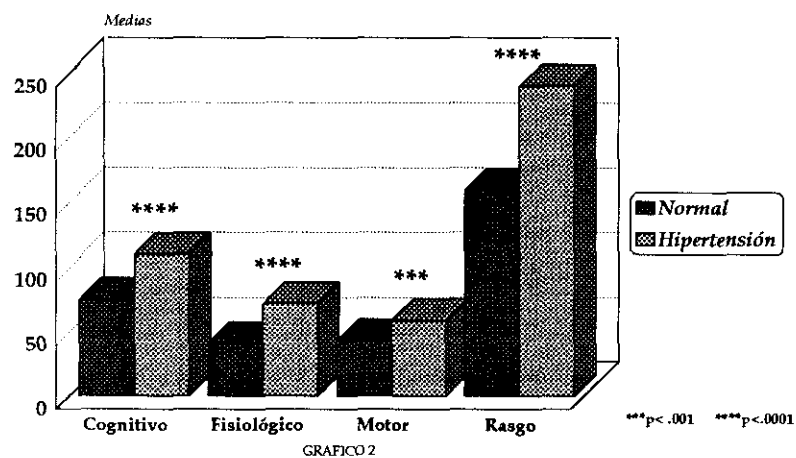


TABLA IV: Pruebas de t (Diferencia de medias) entre los grupos "normal" e "hipertensión" en relación al ISRA (rasgos específicos).

		NORMAL	HIPERT	t	p
ANSIEDAD DE EVALUACION	M	73.35	101.27	-4.75	0.0000
	Sx	40.11	42.73		
ANSIEDAD INTERPERSONAL	M	16.89	26.85	-4.52	0.0000
	Sx	13.67	16.89		
ANSIEDAD FOBICA	M	38.58	68.71	-6.00	0.0000
	Sx	30.49	38.98		
ANSIEDAD COTIDIANA	M	14.74	26.82	-5.07	0.0000
	Sx	14.03	18.77		

INVENTARIO DE SITUACIONES Y RESPUESTAS DE ANSIEDAD (I.S.R.A.)
(RASGOS ESPECIFICOS)

Comparación entre los grupos normal e hipertensión

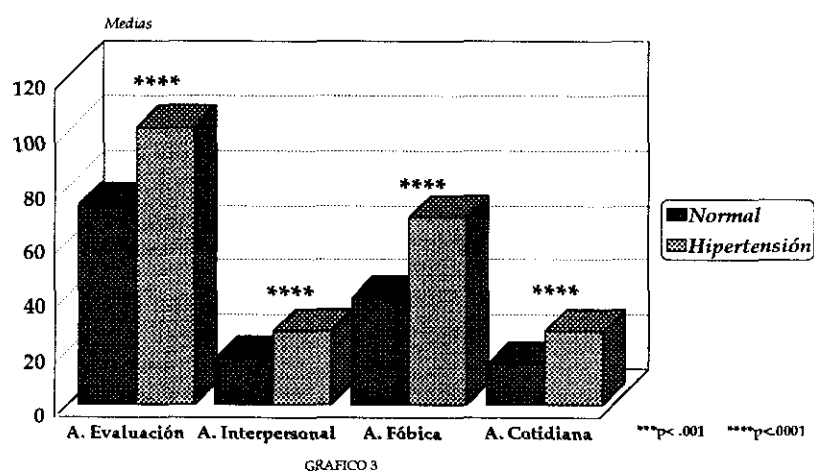


TABLA V: Pruebas de t (Diferencia de medias) entre los grupos "normal" e "hipertensión" en relación al CEP

		NORMAL	HIPERT	t	p
CONTROL	M	12.48	9.78	3.33	0.001
	Sx	5.63	5.83		
EXTRAVERSION	M	20.66	18.45	2.13	0.03
	Sx	7.24	7.46		
PARANOIDISMO	M	18.05	18.82	-0.81	0.42
	Sx	6.11	7.47		
SINCERIDAD	M	8.49	6.53	3.88	0.0001
	Sx	3.47	3.70		

CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD -C.E.P.-

Comparación entre los grupos normal e hipertensión

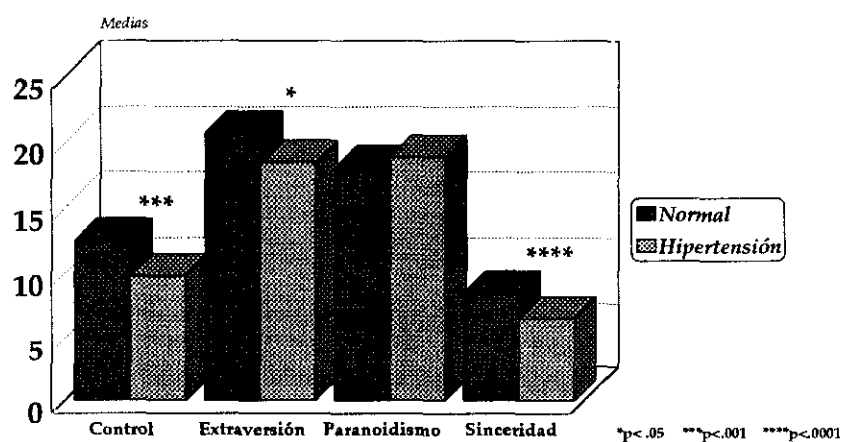


GRAFICO 4

TABLA VI: Pruebas de t (Diferencia de medias) entre los grupos "normal" e "hipertensión" en relación al STAXI

		NORMAL	HIPERT	t	p
ESTADO	M	11.77	11.28	1.01	0.31
	Sx	3.15	3.68		
RASGO	M	21.55	21.40	0.22	0.82
	Sx	4.49	4.99		
TEMPERAMENTO	M	8.36	8.22	0.49	0.62
	Sx	1.86	2.20		
REACCION	M	9.85	10.07	-0.52	0.61
	Sx	2.98	2.81		
IRA INTERNA	M	15.94	17.45	-2.68	0.007
	Sx	3.80	4.17		
IRA EXTERNA	M	14.77	14.07	1.32	0.19
	Sx	3.30	4.15		
CONTROL	M	21.64	21.61	0.04	0.97
	Sx	5.58	6.29		
EXPRESION	M	25.06	25.90	-0.65	0.51
	Sx	8.07	10.12		

INVENTARIO DE EXPRESION DE IRA RASGO-ESTADO -STAXI-

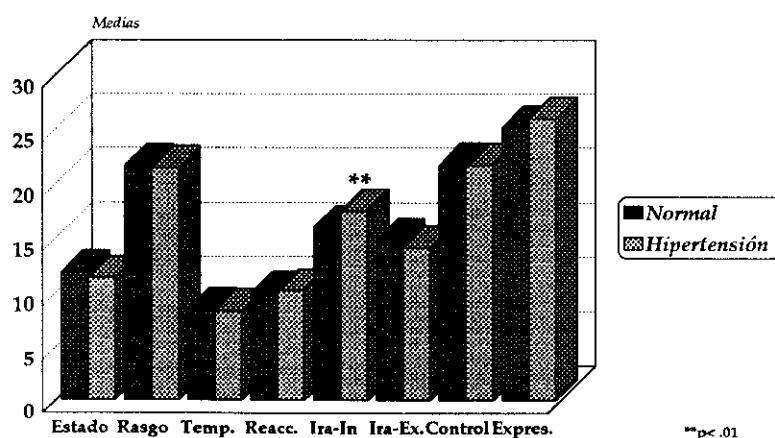
Comparación entre los grupos normal e hipertensión

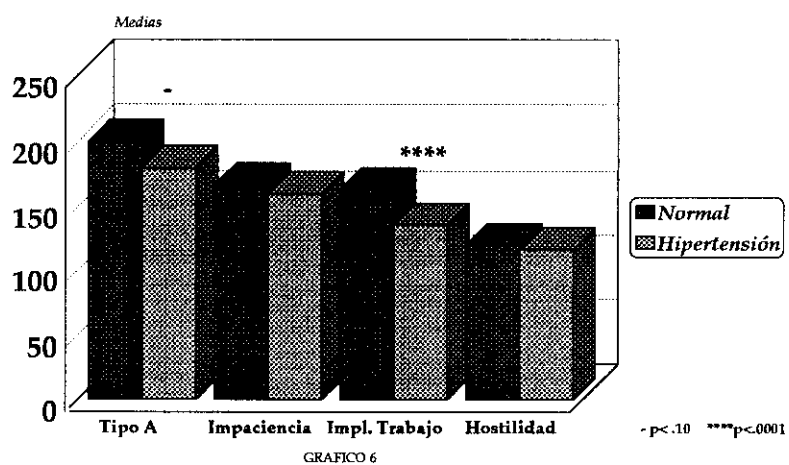
GRAFICO 5

TABLA VII: Pruebas de t (Diferencia de medias) entre los grupos "normal" e "hipertensión" en relación al JAS

		NORMAL	HIPERT	t	p
TIPO A	M	198.94	179.35	1.80	0.07
	Sx	74.99	79.60		
IMPACIENCIA	M	166.34	159.35	0.72	0.47
	Sx	62.20	76.56		
IMPLICACION TRABAJO	M	162.97	135.17	3.92	0.0001
	Sx	48.05	52.80		
HOSTILIDAD	M	119.31	116.28	0.66	0.51
	Sx	29.88	35.05		

ESCALA DE ACTIVIDAD DE JENKINS -J.A.S.-

Comparación entre los grupos normal e hipertensión



4.7.1.1. Conclusiones del primer estudio

En relación a los datos obtenidos por el grupo de hipertensión, podemos decir que el perfil del sujeto hipertenso presenta las siguientes características:

- A la hora de enfrentarse o resolver los problemas personales y/o cotidianos el sujeto hipertenso presenta menor confianza en sí mismo, en su capacidad de resolución, mayor frecuencia de conductas o acciones impulsivas y menor conocimiento de estrategias de resolución.

- Altos niveles de ansiedad caracterizados por un elevado rasgo de ansiedad, alta reactividad cognitiva, fisiológica y motora, y niveles altos de ansiedad ante distintas situaciones ansiógenas, como situaciones de evaluación, situaciones de relación interpersonal, estímulos potencialmente fóbicos y ante las distintas situaciones de su vida cotidiana.

Señalaremos que los altos niveles de ansiedad es una de las características más distintivas de los sujetos hipertensos.

- Menor control o estabilidad emocional. El sujeto hipertenso tiende a experimentar cambios emocionales sin causa aparente o por razones nimias, cambios emotivos que ocurren o dejan de ocurrir sin la intervención de la

voluntad del sujeto.

- Mayor introversión, lo que implica una cierta dificultad y falta de interés por los contactos y relaciones sociales, dificultad para dirigir reuniones y parsimonia verbal o falta de locuacidad.

- Menor sinceridad, lo que refleja una tendencia a mentir para ocultar pequeñas faltas morales o sociales frecuentes en casi todo el mundo, pero cuya confesión pública puede resultar molesta. Este dato puede suponer que el sujetos con hipertensión puede verse más influido por la deseabilidad social.

- Mayor ira interna o internalización de la ira, lo que implica que cuando se siente airado o enfurecido tiende con frecuencia a refrenar o suprimir sus sentimientos de ira.

- Menor implicación en el trabajo o menor tendencia a implicarse en exceso en las cuestiones relativas al trabajo. El grupo hipertenso tiende con menor frecuencia que el normal a, por ejemplo, trabajar horas extraordinarias, afrontar importantes trabajos en tiempos límites, estar sometido a una gran presión en el trabajo, etc., presentando una menor motivación de logro.

Un resumen de estos resultados puede verse en la tabla VIII.

TABLA VIII: Diferencias de medias entre los grupos "normal" (N) e "hipertensión" (H). Nivel de significación de las variables analizadas.

INVENTARIO	DEFINICION DE ESCALAS	NIVEL SIGNIF	DIREC
ISAP	Confianza-Inseguridad	***	H < N
	Reflexividad-Impulsividad	**	H < N
	Estrategias de resolución	*	H < N
	Capacidad de solución	***	H < N
ISRA	Ansiedad Cognitiva	****	H > N
	Ansiedad Fisiológica	****	H > N
	Ansiedad Motora	***	H > N
	Rasgo general de Ansiedad	****	H > N
	Ansiedad de Evaluación	****	H > N
	Ansiedad Interpersonal	****	H > N
	Ansiedad Fóbica	****	H > N
	Ansiedad Vida Cotidiana	****	H > N
CEP	Control	***	H < N
	Extraversión	*	H < N
	Paranoidismo		
	Sinceridad	****	H < N
STAXI	Estado de Ira		
	Rasgo de Ira		
	Temperamento de Ira		
	Reacción de Ira		
	Ira Interna	**	H > N
	Ira Externa		
	Control de Ira		
	Expresión de Ira		
JAS	Patrón de Conducta Tipo A	-	H < N
	Prisa e Impaciencia		
	Implicación en el Trabajo	****	H < N
	Hostilidad		

N.S.: - $p \leq .10$ * $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$ **** $p \leq .0001$

4.7.2. SEGUNDO ESTUDIO: Comparación de los grupos Normal-Ulcera

Las pruebas de "t" han mostrado diferencias significativas entre ambos grupos, normal y úlcera, en 14 de las 28 variables analizadas. Analicemos estas diferencias con detalle.

Respecto a la **solución y afrontamiento de problemas** medidos por el Inventario de Solución y Afrontamiento de Problemas -I.S.A.P.- (ver tabla IX y gráfico 7), las diferencias entre ambos grupos resultan estadísticamente significativas en un sólo factor, FI: Confianza-Inseguridad en sí mismo ($p \leq 0.01$), presentando una mayor puntuación los sujetos del grupo normal, lo que implica que poseen una mayor confianza en sí mismos a la hora de resolver problemas de la vida cotidiana que los sujetos con úlcera.

En cuanto a la **ansiedad**, medida por medio del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad -I.S.R.A.- (ver tablas X y XI y gráficos 8 y 9), los resultados muestran diferencias altamente significativas entre ambos grupos en todas y cada una de las variables, rasgo general de ansiedad ($p \leq 0.0004$), ansiedad Cognitiva ($p \leq 0.0005$), ansiedad Fisiológica ($p \leq 0.0003$) y en menor grado, aunque también claramente significativa, ansiedad Motora ($p \leq 0.003$). En cuanto a las áreas situacionales, las diferencias son igualmente significativas en todos los casos, ansiedad de evaluación ($p \leq 0.001$), ansiedad interpersonal ($p \leq$

0.004), ansiedad fóbica ($p \leq 0.001$) y ansiedad de la vida cotidiana ($p \leq 0.0004$).

En todos los casos, las medias de las puntuaciones del grupo de úlcera son más elevadas que las del grupo normal.

Los sujetos con úlcera mostraron mayores puntuaciones que los normales en la escala cognitiva, lo que refleja una mayor frecuencia de pensamientos y sentimientos de preocupación, miedo, inseguridad, etc.; es decir, aparecen una serie de "rumiaciones" que llevan al individuo con úlcera a un estado de alerta, desasosiego o tensión, con mayor frecuencia que al sujeto de la población normal.

Los sujetos con úlcera mostraron mayores puntuaciones que los normales en la escala fisiológica, lo que indica una mayor frecuencia de activación del Sistema Nervioso Autónomo y Somático; es decir, el sujeto con úlcera informa padecer, con mayor frecuencia que el sujeto normal, síntomas como palpitaciones, sequedad de boca, escalofríos, temblor, sudoración, tensión muscular, respiración agitada, dolor de cabeza, mareos, molestias en el estómago, etc.

Los sujetos con úlcera mostraron puntuaciones más elevadas que los normales en la escala motora, lo cual indica que los sujetos del grupo de úlcera

informan, con mayor frecuencia que los sujetos del grupo normal, de la presencia de respuestas o índices de agitación motora, fácilmente observables por otra persona, tales como, dificultades de expresión verbal, movimientos torpes, respuestas de escape o evitación, fumar, beber o comer en exceso, llanto, movimientos repetitivos con pies o manos, rascarse, hiperactividad, etc.

En relación a las áreas situacionales, las puntuaciones del grupo de úlcera son en todos los casos significativamente más elevadas que el grupo normal, lo cual nos indica que los primeros presentan mayores niveles de ansiedad, en general, ante las distintas situaciones ansiógenas. En concreto, ante situaciones que implican evaluación o asunción de responsabilidades: hablar en público, hacer un examen o pasar una entrevista, tomar una decisión o resolver un problema, ser observado en el trabajo, recibir críticas, etc.; ante situaciones que implican relaciones interpersonales como ir a una cita con una persona del otro sexo, estar muy cerca de una persona del otro sexo o en una situación sexual íntima, asistir a una reunión social, etc.; ante situaciones en las que, como elemento central, aparecen estímulos típicamente fóbicos: viajar en avión o barco, lugares altos o cerrados, aguas profundas, inyecciones o sangre, multitudes, etc.; y finalmente, ante situaciones cotidianas como a la hora de dormir, por nada en concreto, situaciones de trabajo o estudio, etc.

Reflejo de todas las escalas anteriores, señalaremos que los sujetos del

grupo de úlcera presentan mayores puntuaciones que el grupo normal en rasgo general de ansiedad, es decir, en la propensión a responder de forma ansiosa ante las distintas situaciones.

Con relación a los **rasgos de personalidad** medidos por el Cuestionario de Personalidad -C.E.P.- (ver tabla XII y gráfico 10), se encuentran diferencias altamente significativas entre ambos grupos, normal y úlcera, en la escala de Extraversión ($p \leq 0.0007$) y en menor medida, aunque igualmente significativa, en la escala Control ($p \leq 0.03$).

En ambos casos, las puntuaciones de los sujetos de la población general son más elevadas que las de los sujetos con úlcera. Por tanto, y en relación a estos datos, podemos decir que los sujetos del grupo normal presentan mayor control emocional que los sujetos con úlcera, es decir, una mayor estabilidad emocional o una menor tendencia a experimentar cambios emocionales sin causa aparente o por razones nimias.

Con respecto a la escala de extraversión, los sujetos del grupo normal presentan mayores puntuaciones que el grupo de úlcera, lo cual indica en los primeros una mayor animación de carácter, facilidad y gusto por los contactos y relaciones sociales, locuacidad y habilidad para dirigir reuniones y preferencia de la acción sobre la reflexión.

Respecto a la **ira**, medida por medio del Inventario de Expresión de Ira Rasgo-Estado -S.T.A.X.I.- (ver tabla XIII y gráfico 11), los resultados muestran diferencias significativas entre los grupos normal y úlceras en dos de las variables, Ira hacia dentro ($p \leq 0.03$), siendo mayor la puntuación de los sujetos con úlcera, y Expresión de ira, siendo igualmente mayor la puntuación del grupo de úlcera ($p \leq 0.05$).

Estas diferencias reflejan que los sujetos con úlcera tienden con mayor frecuencia que los sujetos del grupo normal a expresar su ira cuando se sienten enfurecidos. Así mismo, también con mayor frecuencia que los sujetos del grupo normal, la dirección de dicha expresión es interna, es decir dirigida a refrenar o suprimir dichos sentimientos de cara a los demás.

Por último, en relación al **patrón de conducta Tipo A** y variables relacionadas, medidas por la Escala de Actividad de Jenkins -J.A.S.- (ver tabla XIV y gráfico 12), se encuentran diferencias significativas entre los grupos normal y úlcera solamente en una de las escalas, la escala J de Implicación en el trabajo ($p \leq 0.03$), siendo mayor la puntuación del grupo normal.

Este resultado indica que los sujetos del grupo normal se implican en mayor medida en su trabajo que los sujetos con úlcera, tienden con mayor frecuencia a trabajar horas extraordinarias y a afrontar importantes trabajos en

tiempos límites, prefieren la promoción laboral a un aumento en el sueldo y tienden a tener una alta motivación de logro y una gran presión en el trabajo. El significado de este resultado, en principio bastante sorprendente, y similar al encontrado en el primer estudio, será comentado detalladamente más adelante.

TABLA IX: Pruebas de t (Diferencia de medias) entre los grupos "normal" y "úlceras" en relación al ISAP

		NORMAL	ULCERA	t	p
CONFIANZA	M	29.51	26.31	2.36	0.01
	Sx	8.09	8.61		
REFLEXIVIDAD	M	16.91	17.20	-0.38	0.70
	Sx	4.64	4.69		
ESTRATEGIAS	M	21.01	20.30	0.95	0.34
	Sx	4.50	4.81		
TOTAL	M	67.42	63.80	1.55	0.12
	Sx	14.23	14.19		

INVENTARIO DE SOLUCION Y AFRONTAMIENTO DE PROBLEMAS -ISAP-

Comparación entre los grupos normal y úlcera

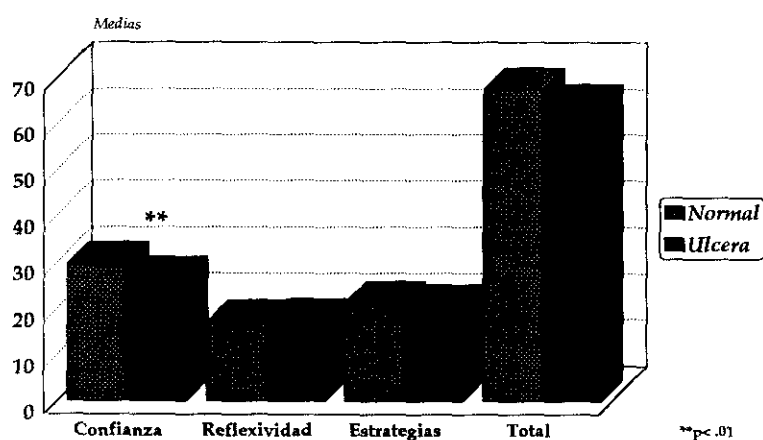


GRAFICO 7

TABLA X: Pruebas de t (Diferencia de medias) entre los grupos "normal" y "úlceras" en relación al ISRA (Sistemas de respuesta).

		NORMAL	ULCERA	t	p
COGNITIVO	M	68.18	91.10	-3.55	0.0005
	Sx	36.64	43.55		
FISIOLOGICO	M	35.90	55.98	-3.73	0.0003
	Sx	29.09	37.88		
MOTOR	M	42.24	61.38	-3.03	0.003
	Sx	32.85	41.71		
RASGO	M	146.19	208.46	-3.67	0.0004
	Sx	88.93	111.89		

INVENTARIO DE SITUACIONES Y RESPUESTAS DE ANSIEDAD -I.S.R.A.-
(SISTEMAS DE RESPUESTA)

Comparación entre los grupos normal y úlcera

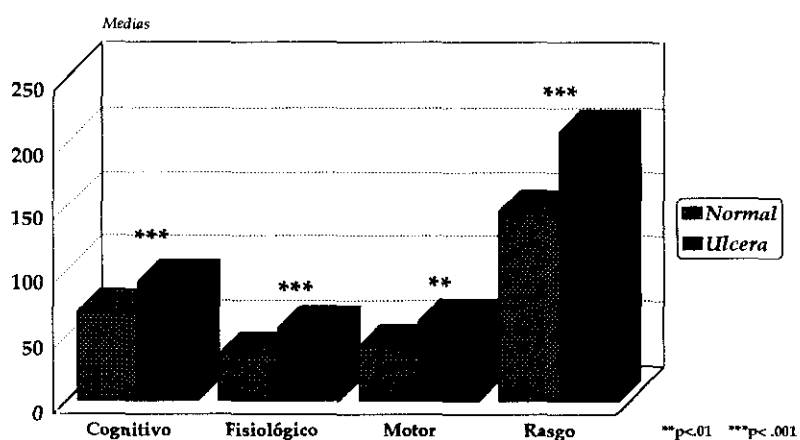


TABLA XI: Pruebas de t (Diferencia de medias) entre los grupos "normal" y "úlceras" en relación al ISRA (Rasgos específicos).

		NORMAL	ULCERA	t	p
ANSIEDAD DE EVALUACION	M	67.13	89.26	-3.25	0.001
	Sx	38.26	46.01		
ANSIEDAD INTERPERSONAL	M	15.44	23.23	-2.95	0.004
	Sx	12.57	18.02		
ANSIEDAD FOBICA	M	34.33	53.15	-3.24	0.001
	Sx	31.14	4.86		
ANSIEDAD COTIDIANA	M	13.39	23.56	-3.63	0.0004
	Sx	13.22	19.11		

INVENTARIO DE SITUACIONES Y RESPUESTAS DE ANSIEDAD (I.S.R.A.)
(RASGOS ESPECIFICOS)

Comparación entre los grupos normal y úlcera

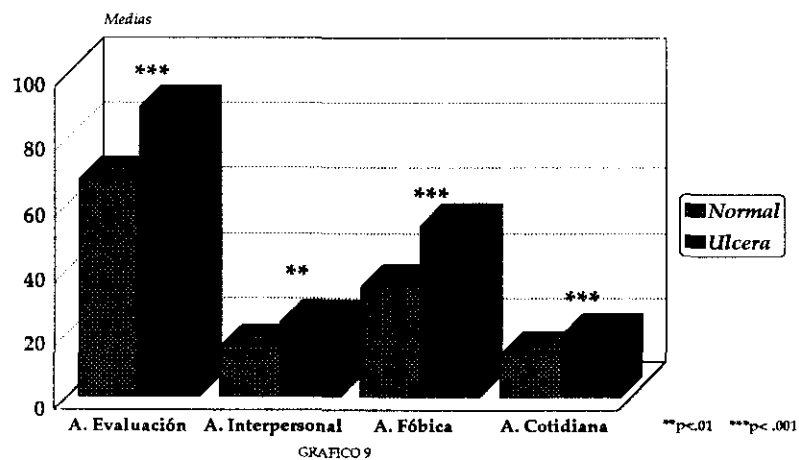


TABLA XII: Pruebas de t (Diferencia de medias) entre los grupos "normal" y "úlceras" en relación al CEP

		NORMAL	ULCERA	t	p
CONTROL	M	11.76	9.75	2.16	0.03
	Sx	5.89	5.36		
EXTRAVERSION	M	22.33	17.64	3.46	0.0007
	Sx	7.86	8.96		
PARANOIDISMO	M	18.72	19.80	-1.00	0.31
	Sx	6.16	7.25		
SINCERIDAD	M	9.27	8.97	0.49	0.62
	Sx	3.60	4.07		

CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD -C.E.P.-

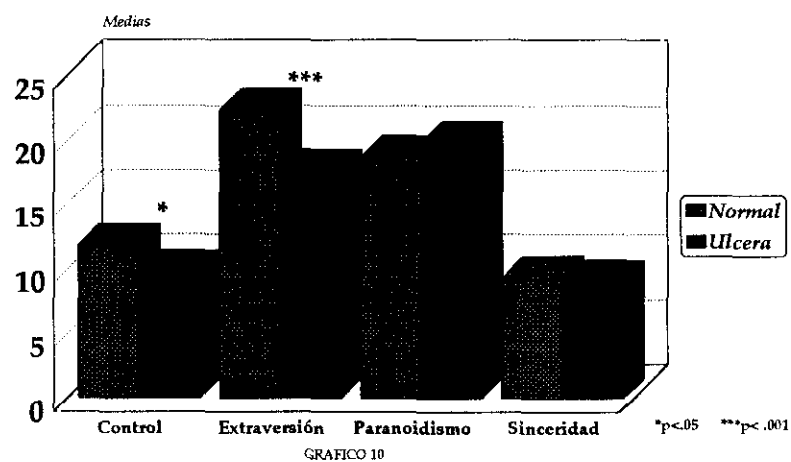
Comparación entre los grupos normal y úlcera

TABLA XIII: Pruebas de t (Diferencia de medias) entre los grupos "normal" y "úlceras" en relación al STAXI

		NORMAL	ULCERA	t	p
ESTADO	M	12.05	11.76	0.51	0.61
	Sx	3.83	2.70		
RASGO	M	21.08	21.76	-0.81	0.42
	Sx	4.17	5.45		
TEMPERAMENTO	M	8.39	8.24	0.49	0.62
	Sx	1.74	2.02		
REACCION	M	9.45	9.79	-0.67	0.50
	Sx	3.01	3.09		
IRA INTERNA	M	15.73	17.09	-2.12	0.03
	Sx	3.70	4.09		
IRA EXTERNA	M	15.00	16.02	-1.48	0.14
	Sx	3.54	4.98		
CONTROL	M	21.29	20.71	0.63	0.52
	Sx	5.63	5.42		
EXPRESION	M	25.44	28.40	-1.91	0.05
	Sx	8.48	10.62		

INVENTARIO DE EXPRESION DE IRA RASGO-ESTADO -STAXI-

Comparación entre los grupos normal y úlcera

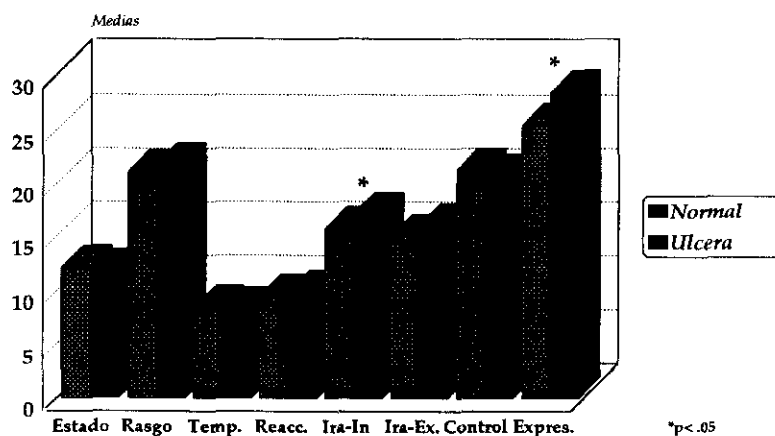


GRAFICO II

TABLA XIV: Pruebas de t (Diferencia de medias) entre los grupos "normal" y "úlceras" en relación al JAS

		NORMAL	ULCERA	t	p
TIPO A	M	204.25	195.70	0.71	0.48
	Sx	70.25	79.62		
IMPACIENCIA	M	171.38	175.74	-0.37	0.71
	Sx	65.34	81.34		
IMPLICACION TRABAJO	M	172.02	153.00	2.15	0.03
	Sx	51.25	58.74		
HOSTILIDAD	M	115.79	113.74	0.37	0.71
	Sx	27.68	36.97		

ESCALA DE ACTIVIDAD DE JENKINS -J.A.S.-

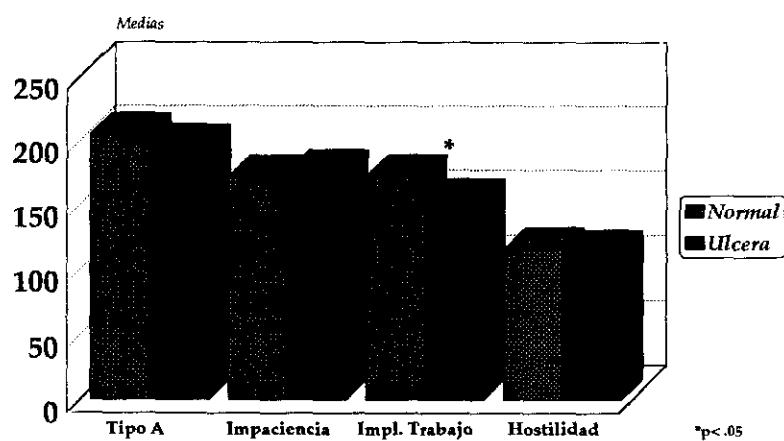
Comparación entre los grupos normal y úlcera

GRAFICO 12

4.7.2.1. Conclusiones del segundo estudio

En referencia a los datos obtenidos por el grupo de úlcera, podemos decir que el perfil del sujeto con úlcera presenta las siguientes características:

- A la hora de enfrentarse o resolver los problemas personales y/o cotidianos el sujeto con úlcera presenta menor confianza en sí mismo, en su capacidad de resolución.

- Altos niveles de ansiedad caracterizados por un elevado rasgo de ansiedad, alta reactividad en los tres sistemas de respuesta, cognitivo, fisiológico y motor, y niveles altos de ansiedad ante distintas situaciones ansiógenas, como situaciones de evaluación, situaciones de relación interpersonal, estímulos potencialmente fóbicos y ante las distintas situaciones de su vida cotidiana.

- Menor control o estabilidad emocional. El sujeto con úlcera tiende a experimentar cambios emocionales sin causa aparente o por razones nimias, cambios emotivos que ocurren o dejan de ocurrir sin la intervención de la voluntad del sujeto.

- Mayor introversión, lo que implica una cierta dificultad y falta de interés por los contactos y relaciones sociales, dificultad para dirigir reuniones

y parsimonia verbal o falta de locuacidad.

- Mayor nivel de expresión de ira, lo que implica que cuando se siente airado o enfurecido el sujeto con úlcera tiende, con más frecuencia que la población normal, a expresar sus sentimientos de ira.

- A su vez, presenta mayor nivel de ira interna lo que destaca el hecho de que la expresión de la ira es con más frecuencia en dirección interna, es decir, el sujeto con úlcera tiende con frecuencia a refrenar o suprimir dichos sentimientos de ira.

Estos dos datos unidos indican que la ira es una emoción que el sujeto con úlcera expresa con más frecuencia que la población normal. Ahora bien la dirección en la expresión de esta emoción en el sujeto ulceroso es frecuentemente de forma interna, es decir, intentando reprimirla.

- Menor implicación en el trabajo o menor tendencia a implicarse en exceso en las cuestiones relativas al trabajo.

Un resumen de estos resultados puede verse en la tabla XV.

TABLA XV: Diferencias de medias entre los grupos "normal" (N) y "úlceras" (U). Nivel de significación de las variables analizadas.

INVENTARIO	DEFINICION DE ESCALAS	NIVEL SIGNIF	DIREC
ISAP	Confianza-Inseguridad	**	U < N
	Reflexividad-Impulsividad		
	Estrategias de resolución		
	Capacidad de solución		
ISRA	Ansiedad Cognitiva	***	U > N
	Ansiedad Fisiológica	***	U > N
	Ansiedad Motora	**	U > N
	Rasgo general de Ansiedad	***	U > N
	Ansiedad de Evaluación	***	U > N
	Ansiedad Interpersonal	**	U > N
	Ansiedad Fóbica	***	U > N
	Ansiedad Vida Cotidiana	***	U > N
CEP	Control	*	U < N
	Extraversión	***	U < N
	Paranoidismo		
	Sinceridad		
STAXI	Estado de Ira		
	Rasgo de Ira		
	Temperamento de Ira		
	Reacción de Ira		
	Ira Interna	*	U > N
	Ira Externa		
	Control de Ira		
	Expresión de Ira	*	U > N
JAS	Patrón de Conducta Tipo A		
	Prisa e Impaciencia		
	Implicación en el Trabajo	*	U < N
	Hostilidad		

N.S.: - $p \leq .10$ * $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$ **** $p \leq .0001$

4.7.3. TERCER ESTUDIO: Comparación de los grupos Hipertensión-Ulcera

Una vez vistos los resultados de los dos primeros estudios de comparación entre grupo normal e hipertensión y grupo normal y úlcera respectivamente, en los cuales se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en un número considerable de variables (17 en el primer estudio y 14 en el segundo estudio), pasamos a comparar los datos entre dos grupos de trastornos: hipertensión y úlcera.

Las pruebas de "t" han mostrado la no existencia de diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, si bien, en algunas de las variables se han encontrado diferencias cercanas a la significación estadística. A continuación las veremos con detalle.

Respecto a la **solución de problemas**, medida por medio del Inventario de Solución y Afrontamiento de Problemas -I.S.A.P.-, no se han encontrado diferencias significativas, ni cercanas a la significación, entre los grupos de hipertensión y úlcera en ninguna de las variables analizadas (ver tabla XVI y gráfico 13).

En cuanto a la **ansiedad**, medida por medio del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad -I.S.R.A.- (ver tablas XVII, XVIII y gráficos 14 y 15),

no se encuentran diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables analizadas, ni en el Rasgo general de ansiedad, ni en los sistemas de respuesta (Cognitivo, Fisiológico y Motor), ni en ninguna de las cuatro áreas situacionales (Ansiedad de evaluación, Ansiedad interpersonal, Ansiedad fóbica y Ansiedad de la vida cotidiana).

Hay que señalar, sin embargo, que en dos de las escalas del I.S.R.A. las diferencias de medias entre los grupos de hipertensión y úlcera, si bien no llegan a alcanzar el nivel de significación estadística ($p \leq 0.05$), se encuentran muy próximas. Estas variables o escalas son la escala de Ansiedad cognitiva ($p \leq 0.09$) y la escala de Ansiedad fóbica ($p \leq 0.10$). En ambos casos, la mayor puntuación pertenece al grupo de hipertensión.

Estos datos apuntan la existencia de mayores niveles de ansiedad cognitiva en los sujetos hipertensos comparados con el grupo de sujetos con úlcera, lo que implica que los primeros tienden, con mayor frecuencia que los segundos, a presentar pensamientos y sentimientos de preocupación, miedo, inseguridad, etc., es decir, una serie de "rumiaciones" que llevan al individuo con hipertensión a un estado de alerta, desasosiego o tensión, con mayor frecuencia que al sujeto con úlcera. Y en relación a los resultados en la escala de ansiedad fóbica, se apuntan diferencias que indican que los sujetos con hipertensión presentan, con mayor frecuencia que los sujetos con úlcera,

reacciones de ansiedad ante situaciones en las que, como elemento central, aparecen estímulos típicamente fóbicos: viajar en avión o barco, lugares altos o cerrados, aguas profundas, inyecciones o sangre, multitudes, etc.

Sin embargo, apuntamos de nuevo que estos datos no reflejan nada más que posibles tendencias, ya que las diferencias de medias entre los grupos, si bien se encuentran cercanas a la significación, no llegan a alcanzar los niveles necesarios, o dicho de otro modo, en ambos casos la probabilidad de error es superior al 5%.

Con relación a los **rasgos de personalidad** medidos por el Cuestionario de Personalidad -C.E.P.- (ver tabla XIX y gráfico 16), no se encuentran diferencias estadísticamente significativas ni cercanas a la significación, entre los grupos de hipertensión y úlcera en ninguna de las escalas.

Respecto a la **ira**, medida por a partir del Inventario de Expresión de Ira Rasgo-Estado -S.T.A.X.I.- (ver tabla XX y gráfico 17), no se encuentran diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables analizadas.

Sin embargo, como en el caso de la ansiedad, hay que señalar, que en una de las escalas del S.T.A.X.I., la diferencia de medias entre los grupos de

hipertensión y úlcera, si bien no llegan al nivel de significación estadística, se encuentran muy próximas. Es el caso de la escala o variable de Ira externa ($p \leq 0.10$), siendo mayor la puntuación del grupo de úlcera.

Estos datos pueden apuntar que los sujetos con úlcera, comparados con los sujetos hipertensos, cuando se sienten airados o enfurecidos tienden con mayor frecuencia a expresar su ira de forma externa, es decir, hacia otras personas u objetos del entorno.

Pero, como en el caso de las variables de ansiedad, estos datos no apuntan nada más que posibles tendencias, ya que la diferencia entre el grupo de hipertensión y el grupo de úlcera en esta variable no llega a alcanzar la significación estadística.

Por último, en relación al **patrón de conducta Tipo A** y variables relacionadas, medidas por la Escala de Actividad de Jenkins -J.A.S.- (ver tabla XXI y gráfico 18), ninguna de las escalas arrojan diferencias estadísticamente significativas, ni cercanas a la significación, entre los grupos de hipertensión y úlcera.

TABLA XVI: Pruebas de t (Diferencia de medias) entre los grupos "hipertensión" y "úlceras" en relación al ISAP

		HIPERT	ULCERA	t	p
CONFIANZA	M	25.20	26.88	-1.13	0.26
	Sx	7.35	8.44		
REFLEXIVIDAD	M	15.92	17.14	-1.30	0.19
	Sx	4.89	5.03		
ESTRATEGIAS	M	19.62	20.35	-0.78	0.44
	Sx	5.03	4.88		
TOTAL	M	60.74	64.37	-1.43	0.15
	Sx	12.52	14.39		

INVENTARIO DE SOLUCION Y AFRONTAMIENTO DE PROBLEMAS -ISAP-

Comparación entre los grupos hipertensión y úlcera

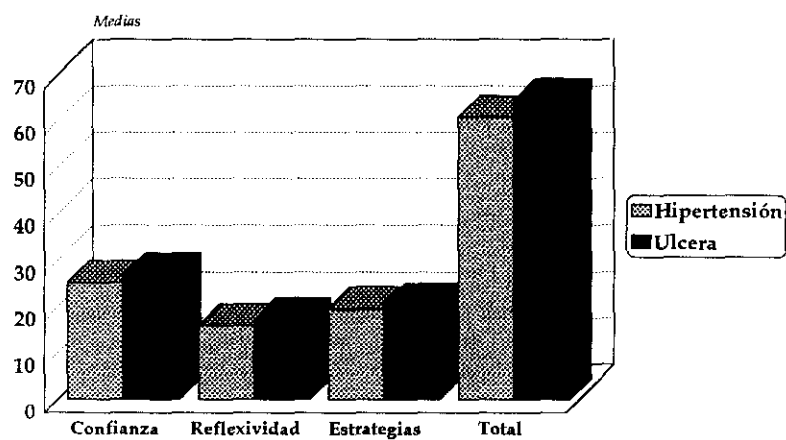


TABLA XVII: Pruebas de t (Diferencia de medias) entre los grupos "hipertensión" y "úlceras" en relación al ISRA (Sistemas de respuesta)

		HIPERT	ULCERA	t	p
COGNITIVO	M	105.52	92.63	1.71	0.09
	Sx	36.49	43.44		
FISIOLOGICO	M	67.39	55.44	1.60	0.11
	Sx	40.13	38.14		
MOTOR	M	60.17	59.45	0.10	0.92
	Sx	36.44	41.18		
RASGO	M	232.05	207.52	1.24	0.22
	Sx	98.12	110.49		

INVENTARIO DE SITUACIONES Y RESPUESTAS DE ANSIEDAD -I.S.R.A.-
(SISTEMAS DE RESPUESTA)

Comparación entre los grupos hipertensión y úlcera

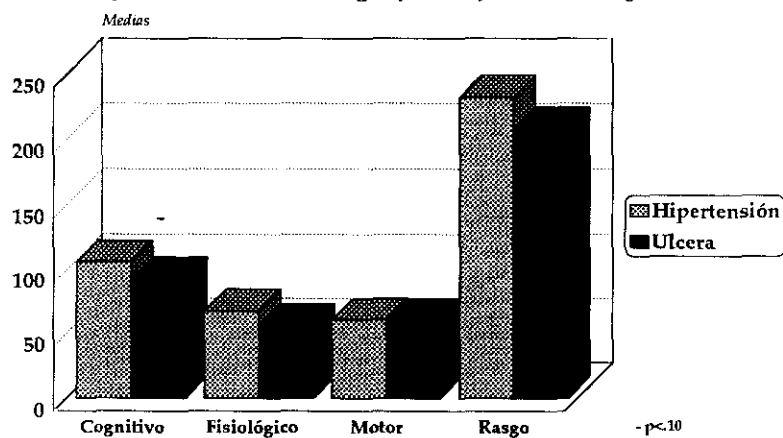


GRAFICO 14

TABLA XVIII: Pruebas de t (Diferencia de medias) entre los grupos "hipertensión" y "úlcera" en relación al ISRA (Rasgos específicos)

		HIPERT	ULCERA	t	p
ANSIEDAD DE EVALUACION	M	98.62	87.37	1.38	0.17
	Sx	41.28	44.79		
ANSIEDAD INTERPERSONAL	M	24.92	22.75	0.68	0.50
	Sx	15.54	18.31		
ANSIEDAD FOBICA	M	66.13	54.33	1.64	0.10
	Sx	36.70	36.04		
ANSIEDAD COTIDIANA	M	23.79	23.43	0.11	0.91
	Sx	16.17	18.64		

INVENTARIO DE SITUACIONES Y RESPUESTAS DE ANSIEDAD (I.S.R.A.)
(RASGOS ESPECIFICOS)

Comparación entre los grupos hipertensión y úlcera

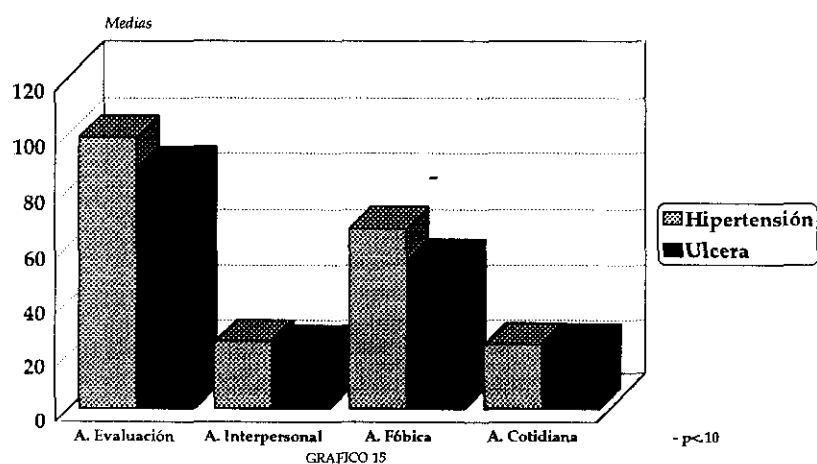


TABLA XIX: Pruebas de t (Diferencia de medias) entre los grupos "hipertensión" y "úlceras" en relación al CEP

		HIPERT	ULCERA	t	p
CONTROL	M	10.25	9.88	0.32	0.74
	Sx	6.14	5.66		
EXTRAVERSION	M	18.31	16.53	1.18	0.24
	Sx	6.90	9.08		
PARANOIDISMO	M	18.74	20.02	-0.90	0.37
	Sx	7.59	7.39		
SINCERIDAD	M	7.13	8.24	-1.46	0.14
	Sx	4.04	3.90		

CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD -C.E.P.-

Comparación entre los grupos hipertensión y úlcera

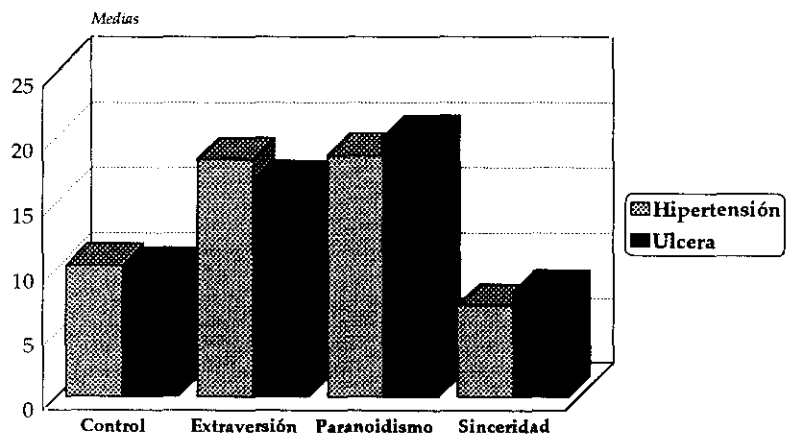


GRAFICO 16

TABLA XX: Pruebas de t (Diferencia de medias) entre los grupos "hipertensión" y "úlceras" en relación al STAXI

		HIPERT	ULCERA	t	p
ESTADO	M	11.10	11.60		
	Sx	3.70	2.47	-0.81	0.42
RASGO	M	21.53	21.71		
	Sx	5.33	5.58	-0.17	0.87
TEMPERAMENTO	M	8.12	8.19		
	Sx	2.32	2.09	-0.16	0.87
REACCION	M	10.22	9.92		
	Sx	2.72	3.15	0.53	0.59
IRA INTERNA	M	17.12	17.15		
	Sx	4.25	4.17	-0.04	0.97
IRA EXTERNA	M	14.27	15.79		
	Sx	4.46	5.25	-1.63	0.10
CONTROL	M	20.43	20.69		
	Sx	6.33	5.52	-0.22	0.82
EXPRESION	M	26.95	28.25		
	Sx	10.84	10.72	-0.62	0.53

INVENTARIO DE EXPRESION DE IRA RASGO-ESTADO -STAXI-

Comparación entre los grupos hipertensión y úlcera

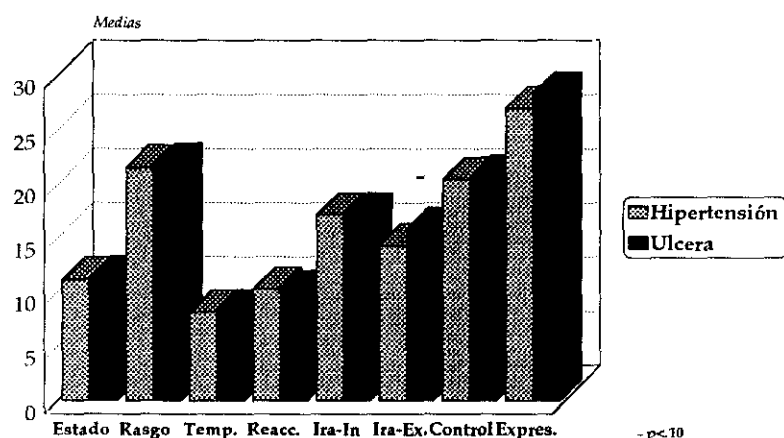


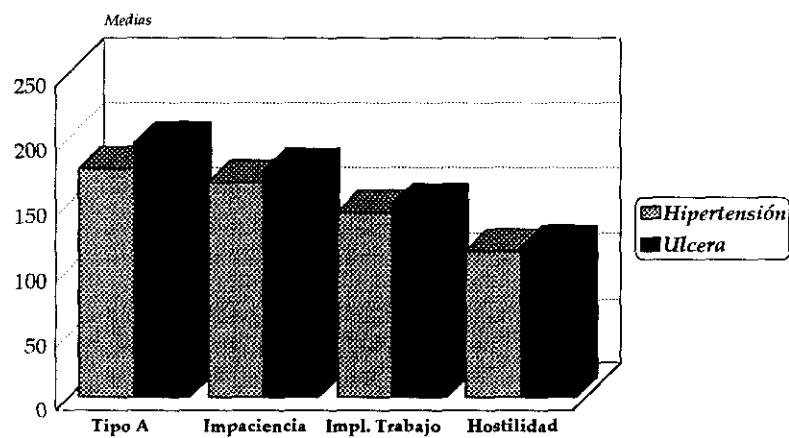
GRAFICO 17

TABLA XXI: Pruebas de t (Diferencia de medias) entre los grupos "hipertensión" y "úlcera" en relación al JAS

		HIPERT	ULCERA	t	p
TIPO A	M	175.84	195.29	-1.26	0.21
	Sx	81.28	81.47		
IMPACIENCIA	M	165.62	174.73	-0.59	0.56
	Sx	78.97	84.71		
IMPLICACION TRABAJO	M	142.62	147.37	-0.44	0.66
	Sx	53.77	60.41		
HOSTILIDAD	M	112.98	116.31	-0.52	0.61
	Sx	30.79	37.57		

ESCALA DE ACTIVIDAD DE JENKINS -J.A.S.-

Comparación entre los grupos hipertensión y úlcera



4.7.3.1. Conclusiones del tercer estudio

La principal conclusión que podemos obtener a partir de los datos de este tercer estudio es la no existencia de un perfil diferencial, respecto a las variables analizadas, entre el grupo de sujetos que padecen hipertensión esencial y el grupo de sujetos que padecen úlcera péptica, ya que no se han encontrado deferencias estadísticamente significativas en ninguna de dichas variables.

Sin embargo, y aún partiendo del hecho de la no existencia de perfiles diferenciales entre los sujetos hipertensos y los sujetos que padecen úlcera péptica, creemos de especial relevancia apuntar la existencia entre ambos grupos de diferencias cercanas a la significación estadística en algunas de las variables analizadas.

Estas diferencias se encuentran en tres de las variables estudiadas, las dos primeras relativas a la medida de la ansiedad y la tercera relativa a la ira, en concreto, la variable de **Ansiedad cognitiva** ($p \leq 0.09$), la variable de **Ansiedad fóbica** ($p \leq 0.10$) y la variable de **Ira externa** ($p \leq 0.10$).

En cuanto a las dos variables de ansiedad, hay que destacar que en ambos casos la mayor puntuación corresponde al grupo de hipertensión, mientras que en la variable de Ira externa la puntuación más elevada

corresponde al grupo de úlcera.

Estos datos apuntan, con respecto a la ansiedad, la existencia de mayores niveles de **Ansiedad cognitiva** en los sujetos hipertensos comparados con el grupo de sujetos con úlcera, lo que implica que los primeros tienden, con mayor frecuencia que los segundos, a presentar pensamientos y sentimientos de preocupación, miedo, inseguridad, etc. Y en relación a los resultados en la escala de **Ansiedad fóbica**, se apuntan diferencias que indican que los sujetos con hipertensión presentan, con mayor frecuencia que los sujetos con úlcera, reacciones de ansiedad ante situaciones en las que, como elemento central, aparecen estímulos típicamente fóbicos.

Con respecto a la variable de **Ira externa**, los resultados pueden apuntar que los sujetos con úlcera, comparados con los sujetos hipertensos, cuando se sienten airados o enfurecidos tienden con mayor frecuencia a expresar su ira de forma externa, es decir, hacia otras personas u objetos del entorno.

Sin embargo, apuntamos de nuevo que estos datos no reflejan nada más que posibles tendencias, ya que las diferencias de medias entre los grupos, si bien se encuentran cercanas a la significación, no llegan a alcanzar los niveles estadísticamente necesarios ($p \leq 0.05$).

Por tanto, si bien se apuntan ciertas diferencias, este estudio refleja la no existencia de perfiles diferenciales entre sujetos que sufren distintos trastornos psicofisiológicos, en concreto entre dos grupos de sujetos que padecen hipertensión esencial y úlcera péptica.

Un resumen de estos resultados puede verse en la tabla XXII.

Dada la ausencia de diferencias significativas entre ambos grupos, hemos realizado una valoración de carácter aproximativo contrastando las diferencias encontradas en los dos primeros estudios de comparación entre sujetos con hipertensión esencial y sujetos con úlcera péptica con respecto a los normales. Esto se ha analizado en dos vías:

- Las diferencias, en cuanto al grado de significación, de cada uno de los grupos de trastornos comparados con la población general, en relación a las variables en las que se han encontrado diferencias estadísticamente significativas.

- La existencia de variables en las que se encuentran diferencias significativas en uno de los estudios y no en el otro, es decir, características relevantes del perfil diferencial de uno de los grupos de trastornos con respecto a la población normal, y no del otro.

TABLA XXII: Diferencias de medias entre los grupos "hipertensión" y "úlceras".

Nivel de significación de las variables analizadas.

INVENTARIO	DEFINICION DE ESCALAS	NIVEL SIGNIF	DIREC
ISAP	Confianza-Inseguridad		
	Reflexividad-Impulsividad		
	Estrategias de resolución		
	Capacidad de solución		
ISRA	Ansiedad Cognitiva	-	H > U
	Ansiedad Fisiológica		
	Ansiedad Motora		
	Rasgo general de Ansiedad		
	Ansiedad de Evaluación		
	Ansiedad Interpersonal		
	Ansiedad Fóbica	-	H > U
CEP	Ansiedad Vida Cotidiana		
	Control		
	Extraversión		
	Paranoidismo		
STAXI	Sinceridad		
	Estado de Ira		
	Rasgo de Ira		
	Temperamento de Ira		
	Reacción de Ira		
	Ira Interna		
	Ira Externa	-	H < U
	Control de Ira		
JAS	Expresión de Ira		
	Patrón de Conducta Tipo A		
	Prisa e Impaciencia		
	Implicación en el Trabajo		
	Hostilidad		

N.S.: - $p \leq .10$

En cuanto al primer punto, es importante señalar que en las variables en las que se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en los dos grupos de trastornos comparados con sus respectivos grupos normales, se dan diferencias importantes en cuanto al **grado de significación** (véase las tablas XXIII, XXIV, XXV y XXVI).

Así, en relación a la **ansiedad**, como hemos señalado en los dos primeros estudios llevados a cabo, se encuentran diferencias significativas tanto en el caso de los sujetos hipertensos como en el caso de los sujetos con úlcera, siendo en ambos casos mayores los niveles de dichos grupos comparados con sus respectivas muestras normales. Sin embargo, las diferencias son más marcadas en el caso de los sujetos hipertensos, encontrándose la mayor parte de las variables (7 de las 8 medidas por el I.S.R.A.), con niveles de significación de $p \leq 0.0001$. Sin embargo, y a pesar de ser altamente significativas, en el caso de los sujetos con úlcera péptica, las diferencias en estas variables corresponden, en los casos más elevados (6 de las 8 variables medidas por el I.S.R.A.), a una $p \leq 0.001$.

En el caso de la variable **Ira interna**, en la cual ambos grupos (hipertensión y úlceras) alcanzan diferencias de medias respecto a la población general estadísticamente significativas, siendo en ambos casos superiores las puntuaciones obtenidas, al igual que en el caso de la ansiedad, el grado de

significación es superior en el primer estudio, es decir en los sujetos hipertensos presentan diferencias más marcadas en esta variable que los sujetos con úlcera péptica. En concreto, la diferencia de medias entre el grupo de hipertensión y la población normal alcanza un nivel de $p \leq 0.007$, mientras que en el caso del grupo de úlceras la diferencia arroja un nivel de $p \leq 0.03$.

En esta misma línea y con respecto a las variables de personalidad medidas a través del C.E.P., podemos observar las siguientes diferencias. En cuanto a la variable de **Extraversión**, la diferencia de medias encontradas entre el grupo de úlceras y la población normal ($p \leq 0.0007$) es superior a las diferencias encontradas en la comparación entre grupo de hipertensión y grupo normal ($p \leq 0.001$), siendo en ambos casos superiores las puntuaciones obtenidas por la población general.

Con respecto a la variable de **Control emocional**, la diferencia de medias obtenidas entre el grupo de hipertensión y la población normal ($p \leq 0.001$) es superior a las diferencias encontradas en la comparación entre el grupo de úlceras y el grupo normal ($p \leq 0.03$), siendo en ambos casos superiores las puntuaciones obtenidas por la población general.

En relación a la de solución de problemas, medida a través del I.S.A.P., resaltaremos las diferencias en la variable de **Confianza-Inseguridad en sí**

mismo. En esta variable, las diferencia de medias encontradas entre el grupo de hipertensión y la población normal ($p \leq 0.0007$) es superior a las diferencias encontradas en la comparación entre el grupo de úlceras y el grupo normal ($p \leq 0.01$), siendo en ambos casos superiores las puntuaciones obtenidas por la población general.

Finalmente, destacaremos la variable de **Implicación en el trabajo**, medida a través del J.A.S., en la cual, en ambos estudios de comparación (Normal-Hipertensión, Normal-Ulcera) se han encontrado diferencias estadísticamente significativas, siendo en ambos casos superiores las puntuaciones obtenidas por la población general. Sin embargo, las diferencia de medias encontradas entre el grupo de hipertensión y la población normal ($p \leq 0.0001$) es superior a las diferencias encontradas en la comparación entre el grupo de úlceras y el grupo normal ($p \leq 0.03$).

El segundo elemento señalado y que queremos destacar se refiere a la existencia de **variables en las que se encuentran diferencias significativas en uno de los estudios y no en el otro**, es decir, la existencia de características relevantes o definitorias del perfil diferencial de uno de los trastornos con respecto a la población normal, y no del otro.

En el primer estudio realizado, de comparación entre sujetos hipertensos

y sujetos de la población normal, aparecen diferencias estadísticamente significativas en cuatro variables que no alcanzan dicho nivel de significación en el segundo estudio de comparación entre los grupos úlcera y normal. Tres de dichas variables corresponden a la medida de la solución de problemas: **Reflexividad-Impulsividad, Estrategias de resolución y Capacidad general de solución de problemas**. En todos los casos, las puntuaciones del grupo de hipertensión son inferiores a las del grupo normal. La cuarta variable corresponde a la escala de **Sinceridad**, en la cual también las puntuaciones del grupo de hipertensión son inferiores a las del grupo normal.

En el caso contrario, es decir, variables en las que se hayan encontrado diferencias significativas en el segundo estudio de comparación entre sujetos con úlcera y sujetos de la población normal, y que no alcancen dicho nivel en el primer estudio de comparación entre sujetos hipertensos y sujetos de la población normal, aparece una única variable: **Expresión de ira**. En este caso, esta variable aparece como una de las características diferenciadoras del sujeto con úlcera, presentando puntuaciones más elevadas que la población normal.

No obstante, para concluir, no queremos dejar de destacar que estos dos elementos que hemos reseñado referidos a la comparación entre los resultados del primer y segundo estudio, no son más que datos aproximativos u orientativos, ya que el número de sujetos no es el mismo en ambos estudios,

dato que afecta a los resultados obtenidos en las pruebas de "t" ya que probablemente estas diferencias varíen al modificar las muestras.

Sin embargo, hemos de reseñar que los estudios han sido realizados con un número de sujetos amplio para este tipo de investigación, lo que nos ha permitido utilizar una estadística paramétrica; además, las diferencias de en el número de sujetos de las muestras entre los dos primeros estudios es relativamente pequeña, lo que supone que la comparación de los datos obtenidos en las pruebas de "t" no varíen apenas debido a dichas diferencias.

4.8. CONCLUSIONES GENERALES

Nuestro trabajo partía de dos objetivos principales:

1. Estudiar la posible existencia de un perfil psicológico específico de los sujetos que presentan determinados trastornos psicofisiológicos con respecto a la población normal.

2. Estudiar si existen perfiles psicológicos específicos asociados a cada trastorno en concreto. Es decir, estudiar la existencia de diferencias entre perfiles característicos de distintos trastornos.

Con este fin hemos realizado tres estudios diferentes:

Estudio 1: Comparación entre sujetos hipertensos y sujetos de la población normal.

Estudio 2: Comparación entre sujetos con úlcera y sujetos de la población general.

Estudio 3: Comparación entre sujetos con úlcera y sujetos con hipertensión.

En cada uno de los estudios se han realizado medidas en **ansiedad, solución y afrontamiento de problemas, ira, rasgos de personalidad como control emocional y extraversión y finalmente, patrón de conducta Tipo A.**

En conjunto, y a partir de los cinco instrumentos de evaluación descritos en el punto 4.5.3., se han explorado un total de 28 variables, de las cuales, 4 pertenecen al Inventario de Solución y Afrontamiento de Problemas -I.S.A.P.-, 8 derivan del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad -I.S.R.A.-, 4 pertenecen al cuestionario de Personalidad -C.E.P.-, 8 provienen del Inventario de Expresión de Ira Rasgo-Estado -S.T.A.X.I.- y finalmente, 4 pertenecen al Inventario de Actividad de Jenkins J.A.S. (Forma C).

En este apartado de conclusiones generales, señalaremos en primer lugar, las conclusiones derivadas de los dos primeros estudios cuyo objetivo ha sido determinar la existencia de un perfil psicológico específico de los sujetos que presentan determinados trastornos psicofisiológicos (hipertensión esencial y úlcera péptica) con respecto a la población normal. Finalmente haremos referencia al tercer estudio, cuyo objetivo ha sido estudiar la existencia de diferencias entre perfiles característicos de distintos trastornos.

Por ello, a partir de los datos obtenidos en los dos primeros estudios, reseñaremos en este apartado las conclusiones generales siguientes:

- En primer lugar, a partir de los resultados del primer estudio, se confirma la primera hipótesis planteada: los sujetos con **hipertensión esencial** presentan un perfil psicológico característico y distinto de la población normal.

- En segundo lugar, a partir de los resultados del segundo estudio, se confirma la segunda hipótesis planteada: los sujetos con **úlcera péptica** presentan un perfil psicológico característico y distinto de la población normal.

Veamos a continuación, de forma más detallada, las características específicas de dichos perfiles. Para ello, llevaremos a cabo una primera relación de aquellas variables en las que se han encontrado diferencias estadísticamente significativas, ordenándolas de mayor a menor (según el nivel de significación) y agrupándolas en función de si las puntuaciones obtenidas han sido superiores o inferiores a las del grupo normal.

En relación al grupo de **hipertensión**, el perfil psicológico diferencial con respecto a la población general se caracteriza por:

- Mayores niveles en Ansiedad cognitiva, Ansiedad fisiológica, Rasgo general de ansiedad, Ansiedad de evaluación, Ansiedad interpersonal, Ansiedad fóbica, Ansiedad de la vida cotidiana, Ansiedad motora e Ira interna.

- Niveles inferiores en Implicación en el trabajo, Sinceridad, Capacidad general de solución de problemas, Confianza en sí mismo para resolver problemas cotidianos, Control emocional, Reflexividad, Extraversión y Estrategias de resolución de problemas.

Como puede observarse, con respecto a las variables psicológicas en las que el grupo de hipertensión obtiene puntuaciones superiores y estadísticamente significativas a las obtenidas por el grupo normal (ver tabla XXIII), destacan en primer lugar, **todas las variables referidas a la medida de la ansiedad**. O dicho de otro modo, una de las características principales que presentan los sujetos con hipertensión viene determinada por altos niveles de ansiedad.

Tras la ansiedad, la variable psicológica en la cual el grupo de hipertensión obtiene puntuaciones superiores y estadísticamente significativas a las obtenidas por el grupo normal es la variable de **Ira interna**. Por tanto, una de las características principales que presentan los sujetos con hipertensión es una mayor tendencia a expresar sus sentimientos de ira de forma interna, o dicho de otro modo, a refrenar o "guardar" sus sentimientos de ira.

TABLA XXIII: Variables en que el grupo de "hipertensión" muestra valores significativamente más altos que el grupo "normal".

NIVEL SIGNIFICACION	DESCRIPCION DE LA VARIABLE
****	Ansiedad Cognitiva Ansiedad Fisiológica Rasgo general de Ansiedad Ansiedad de Evaluación Ansiedad Interpersonal Ansiedad Fóbica Ansiedad de la Vida Cotidiana
***	Ansiedad Motora
**	Ira Interna

N.S.: ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$ **** $p \leq .0001$

En relación a las variables psicológicas en las que el grupo de **hipertensión obtiene puntuaciones inferiores** y estadísticamente significativas a las obtenidas por el grupo normal (ver tabla XXIV) destacan, en primer lugar, las variables de Sinceridad e Implicación en el trabajo.

Por tanto, y en relación a estas variables podemos afirmar que:

Los sujetos hipertensos se caracterizan por un menor nivel de **Sinceridad**.

Los sujetos hipertensos se caracterizan por niveles inferiores a la población normal en cuanto a la **Implicación en el trabajo**.

Tras estas dos primeras variables más destacadas, las características principales que definen al sujeto hipertenso vienen determinadas por las variables relacionadas con la solución y afrontamiento de problemas, así como por los rasgos de personalidad de Control emocional y Extraversión. En relación a estas variables, podemos concluir que:

A la hora de enfrentarse o resolver problemas personales y/o cotidianos, el sujeto hipertenso se caracteriza por una menor **Capacidad general de resolución** que lleva consigo una menor **Confianza en sí mismo**, en su capacidad para resolver problemas, una menor **Reflexividad** o baja frecuencia de conductas o acciones reflexivas y finalmente, un menor conocimiento de **Estrategias de resolución**.

Los sujetos hipertensos se caracterizan por presentar una menor estabilidad o **Control emocional**.

Los sujetos hipertensos se caracterizan por presentar niveles inferiores en **Extraversión**.

TABLA XXIV: Variables en que el grupo de "hipertensión" muestra valores significativamente más bajos que el grupo "normal"

NIVEL SIGNIFICACION	DESCRIPCION DE LA VARIABLE
****	Implicación en el Trabajo Sinceridad
***	Capacidad de solución de problemas Confianza-Inseguridad Control Emocional
**	Reflexividad-Impulsividad
*	Extraversión Estrategias de resolución
-	Patrón de Conducta Tipo A

N.S.: - $p \leq .10$ * $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$ **** $p \leq .0001$

Por tanto, en relación a las hipótesis de partida señalaremos que nuestros resultados apoyan en su totalidad la primera hipótesis planteada: los sujetos con **hipertensión esencial** presentarán un perfil psicológico característico y distinto de la población normal.

Con respecto a las hipótesis parciales derivadas de esta primera hipótesis general, nuestros resultados apoyan en su totalidad las siguientes hipótesis:

1.1. Los sujetos con hipertensión esencial mostrarán menor capacidad para solucionar y afrontar problemas cotidianos o de índole personal que los

sujetos de la población normal.

1.2. Los sujetos con hipertensión esencial presentarán mayores niveles de ansiedad que los sujetos de la población normal.

1.3. Los sujetos con hipertensión esencial presentarán un perfil caracterizado por menores puntuaciones en control emocional y extraversión que la población normal.

Con respecto a la hipótesis 1.4., los sujetos con hipertensión esencial presentarán mayores niveles de ira en general, una mayor tendencia a la expresión interna, así como una menor capacidad para su control que la población normal, nuestros datos apoyan sólo parcialmente esta hipótesis, ya que se confirma una mayor tendencia de los sujetos hipertensos a la expresión interna de la ira, pero no se obtienen diferencias con respecto a la población normal ni en la medida de ira en general o ira rasgo, ni en la variable de control de ira.

Finalmente, con respecto a la hipótesis 1.5., los sujetos con hipertensión esencial presentarán mayores puntuaciones en cuanto al patrón de conducta Tipo A y variables relacionadas, nuestros datos no sólo no apoyan esta hipótesis, sino que los resultados obtenidos apuntan hacia la dirección opuesta,

ya que los sujetos hipertensos obtienen menores puntuaciones en el factor J de la Escala de Actividad de Jenkins, factor referido a la variable de Implicación en el trabajo. Incluso, con respecto a la medida del patrón de conducta Tipo A, sin llegar a la significación estadística pero muy cercana a ella, los datos señalan que el grupo normal obtiene niveles superiores a los obtenidos por el grupo de hipertensión.

Un resultado similar ha sido señalado recientemente por Fernández-Abascal (1993), adaptador del J.A.S. a España, quien indica que este efecto puede ser característico de los países latinos, en los que una mayor implicación en el trabajo puede ser considerado como un criterio de ajuste en vez de lo contrario.

En nuestra opinión, el J.A.S. es un instrumento que presenta serias dificultades tanto desde el punto de vista conceptual como estructural, y cuyos items pueden estar sujetos a grandes diferencias de carácter transcultural. A ello, habría que añadir que incluso en su país de origen, E.E.U.U., la validez de las distintas escalas, especialmente la de implicación en el trabajo está siendo seriamente cuestionada.

Respecto al grupo de **úlceras pépticas**, el perfil psicológico diferencial con respecto a la población general se caracteriza por:

- Mayores niveles en Ansiedad fisiológica, Rasgo general de ansiedad, Ansiedad de la vida cotidiana, Ansiedad cognitiva, Ansiedad de evaluación, Ansiedad fóbica, Ansiedad motora, Ansiedad interpersonal, Ira interna y Expresión de ira.

- Niveles inferiores en Extraversión, Confianza en sí mismo para resolver problemas cotidianos, Control emocional e Implicación en el trabajo.

Como queda reflejado, con respecto a las variables psicológicas en las que **el grupo de úlcera obtiene puntuaciones superiores** y estadísticamente significativas a las obtenidas por el grupo normal (ver tabla XXV), destacan en primer lugar, **todas las variables referidas a la medida de la ansiedad**. Por tanto, una de las características principales que presentan los sujetos con úlcera viene determinada por altos niveles de ansiedad.

Tras la ansiedad, la medida en la cual el grupo de úlcera obtiene puntuaciones superiores y estadísticamente significativas a las obtenidas por el grupo normal es la ira, en concreto las variables de **Ira interna y Expresión de ira**. Por tanto, una de las características principales que presentan los sujetos con úlcera es una mayor frecuencia en expresar su ira cuando se sienten enfurecidos. Ahora bien, la forma de expresar dicha emoción o la dirección de la misma es principalmente una dirección interna, es decir, los sujetos con úlcera

se caracterizan por la tendencia a expresar su ira hacia dentro, tendencia a refrenar o suprimir sus sentimientos de ira, a guardarlos para sí mismos intentando que "los demás no lo perciban".

TABLA XXV: Variables en que el grupo de "úlceras" muestra valores significativamente más altos que el grupo "normal"

NIVEL SIGNIFICACION	DESCRIPCION DE LA VARIABLE
***	Ansiedad Fisiológica Rasgo general de Ansiedad Ansiedad de la Vida Cotidiana Ansiedad Cognitiva Ansiedad de Evaluación Ansiedad Fóbica
**	Ansiedad Motora Ansiedad Interpersonal
*	Ira Interna Expresión de Ira

N.S.: * $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$

En relación a las variables psicológicas en las que el **grupo de úlcera** **obtiene puntuaciones inferiores** y estadísticamente significativas a las obtenidas por el grupo normal (ver tabla XXVI) destaca, en primer lugar, la Extraversión. Por tanto, podemos señalar que los sujetos con úlcera se caracterizan por presentar niveles inferiores en **Extraversión**, o dicho de otro modo, que los sujetos con úlcera son más introvertidos que los sujetos de la población general.

Tras esta primera variable más destacada, las características principales que definen al **grupo de úlcera** por presentar **niveles inferiores a los de la población general**, vienen determinadas por las variables de **Confianza en sí mismo** para resolver problemas, **Control emocional** e **Implicación en el trabajo**.

TABLA XXVI: Variables en que el grupo de "úlceras" muestra valores significativamente más bajos que el grupo "normal"

NIVEL SIGNIFICACION	DESCRIPCION DE LA VARIABLE
***	Extraversión
**	Confianza-Inseguridad
*	Control Emocional Implicación en el Trabajo

N.S.: * $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$

Por tanto, en relación a las hipótesis de partida señalaremos que nuestros resultados apoyan en su totalidad la segunda hipótesis planteada: los sujetos con **úlceras pépticas** presentarán un perfil psicológico característico y distinto de la población normal.

Con respecto a las hipótesis parciales derivadas de esta segunda hipótesis general, nuestros resultados apoyan en sutotalidad las siguientes hipótesis:

2.1. Los sujetos con **úlceras pépticas** mostrarán menor capacidad para

solucionar y afrontar problemas cotidianos o de índole personal que los sujetos de la población normal.

2.2. Los sujetos con úlcera péptica presentarán mayores niveles de ansiedad que los sujetos de la población normal.

2.3. Los sujetos con úlcera péptica presentarán un nivel inferior en control emocional y extraversión que la población normal.

Con respecto a la hipótesis 2.4., los sujetos con úlcera péptica presentarán mayores niveles de ira en general, una mayor tendencia a la expresión interna, así como una menor capacidad para su control que la población normal, nuestros datos apoyan sólo parcialmente esta hipótesis, ya que se confirma una mayor tendencia de los sujetos con úlcera a la expresión interna de la ira, pero no se obtienen diferencias con respecto a la población normal ni en la medida de ira en general o rasgo de ira, ni en la variable de control de ira. Sin embargo, se obtienen diferencias en expresión de ira, variable en la que los sujetos con úlcera obtienen mayores puntuaciones que los sujetos del grupo normal.

Finalmente, con respecto a la hipótesis 2.5., los sujetos con úlcera péptica presentarán mayores puntuaciones en cuanto al patrón de conducta Tipo A y variables relacionadas que los sujetos de la población normal, nuestros datos no

sólo no apoyan esta hipótesis, ya que con respecto a la medida del patrón de conducta Tipo A no se obtienen diferencias con respecto a la población normal, sino que los resultados obtenidos apuntan hacia la dirección opuesta, en el sentido de que los sujetos con úlcera obtienen menores puntuaciones en el factor J de la Escala de Actividad de Jenkins, factor referido a la variable de Implicación en el trabajo.

De nuevo nos encontramos aquí con que los sujetos del grupo normal presentan mayores puntuaciones en la escala de Implicación en el trabajo que los sujetos con trastornos, en este caso úlcera péptica. Este resultado, como ya se señaló al referirnos a los hipertensos, puede deberse tanto a dificultades de la escala como a diferencias de carácter croscultural.

Una vez reseñadas las conclusiones de los dos primeros estudios, veamos las conclusiones derivadas del tercer estudio de comparación entre sujetos con hipertensión esencial y sujetos con úlcera péptica.

Con este estudio hemos querido abordar el tercer problema planteado en nuestra investigación: ¿existe un perfil psicológico característico y distinto para cada uno de los trastornos psicofisiológicos: hipertensión esencial y úlcera péptica?.

Respecto a este tercer problema, hemos partido de la hipótesis de la no existencia de diferencias significativas entre ambos trastornos o dicho de otro modo, de la no especificidad de las variables psicológicas asociadas a cada uno de los distintos trastornos. En concreto, la hipótesis de partida fue formulada en los siguientes términos: los sujetos que padecen hipertensión esencial y los sujetos con úlcera péptica no mostrarán diferencias entre sí en ninguna de las variables psicológicas estudiadas.

Los datos obtenidos en el tercer estudio apoyan la hipótesis de partida ya que no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de hipertensión esencial y úlcera péptica en ninguna de las variables analizadas. Solamente se han encontrado ligeras diferencias, que no alcanzan el nivel de significación estadística, en Ansiedad cognitiva, Ansiedad fóbica e Ira externa.

En el caso de las dos variables de ansiedad, el grupo de hipertensión esencial obtenía puntuaciones más elevadas que el grupo de úlcera péptica, mostrando estos últimos puntuaciones más altas en Ira externa.

Respecto al estudio orientativo basado en las diferencias entre los grupos de hipertensión esencial y úlcera péptica con sus respectivos grupos de control, señalaremos que el grupo de hipertensión presenta diferencias más acusadas en

todas las variables de ansiedad, así como en Ira interna, siendo las puntuaciones más elevadas que las del grupo control en todos los casos, mientras que el grupo de úlcera péptica presenta puntuaciones significativamente más elevadas que el grupo control en Expresión de ira, lo cual no sucede en el grupo de hipertensión esencial. Por otro lado, el grupo de hipertensión esencial presenta diferencias más acusadas que el de úlcera (siempre en relación a su grupo control) en Implicación en el trabajo, Control emocional y Confianza-Inseguridad, siendo en ambos grupos las puntuaciones más bajas que las del grupo de control, mientras que el grupo de úlcera péptica presenta diferencias más marcadas, con puntuaciones inferiores al grupo normal, en Extraversión.

Además de ello, el grupo de hipertensión esencial presenta puntuaciones significativamente más bajas que el grupo control en algunas variables en las que no existen diferencias entre úlcera y control. Estas son: Sinceridad, Capacidad de solución de problemas, Reflexividad-Implusividad, Estrategias de resolución y, cercanas a la significación, en patrón de conducta Tipo A.

En su conjunto, esta comparación nos hace pensar en un mayor grado de implicación de las variables psicológicas en el caso de la hipertensión esencial que en el de la úlcera péptica, siendo por lo general más severo su nivel de ansiedad, su falta de control emocional y su dificultad para solucionar problemas personales. Por contra, el grupo de úlcera péptica parece mostrar

mayor tendencia a expresar su ira.

Como ya señalamos, estos comentarios finales suponen una aproximación orientativa, ya que no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas al comparar los dos grupos de trastornos entre sí. Estos resultados pueden observarse en los gráficos 19 a 24.

INVENTARIO DE SOLUCION Y AFRONTAMIENTO DE PROBLEMAS -ISAP-

Valores de t correspondientes a los dos primeros estudios

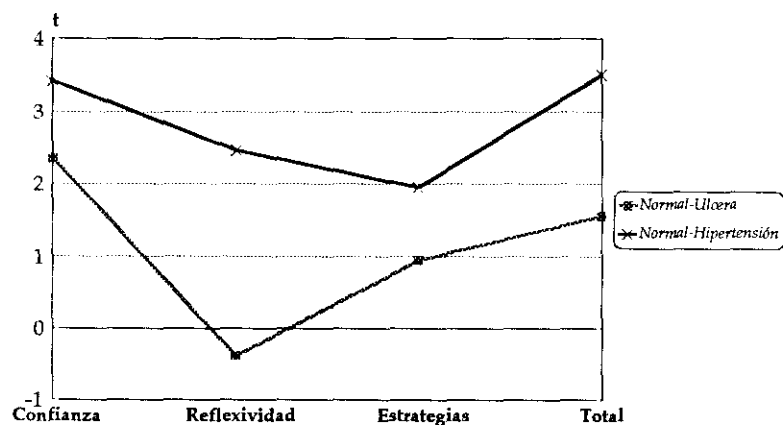


GRAFICO 19

INVENTARIO DE SITUACIONES Y RESPUESTAS DE ANSIEDAD -I.S.R.A.-
(SISTEMAS DE RESPUESTA)
Valores absolutos de t correspondondientes a los dos primeros estudios

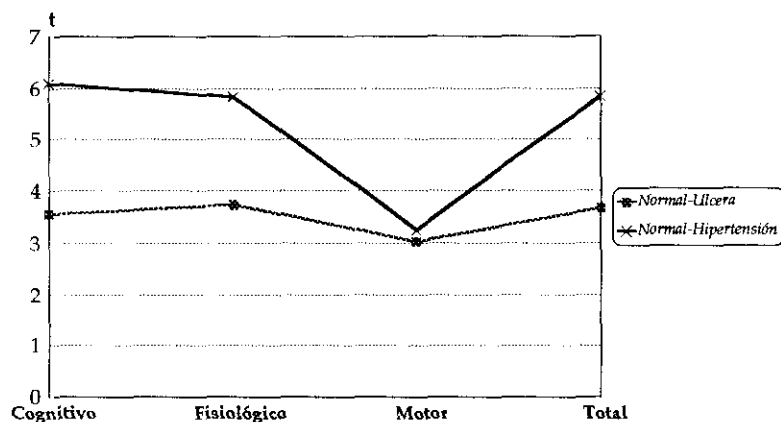


GRAFICO 20

INVENTARIO DE SITUACIONES Y RESPUESTAS DE ANSIEDAD -I.S.R.A.-
(RASGOS ESPECIFICOS)
Valores absolutos de t correspondondientes a los dos primeros estudios

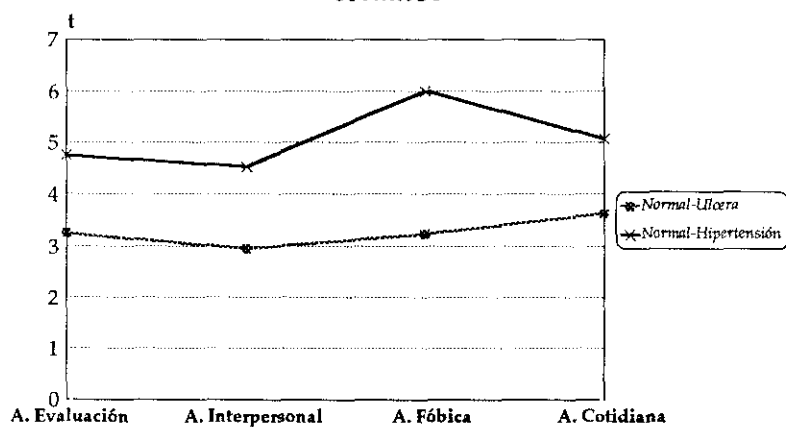


GRAFICO 21

CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD -C.E.P.-

Valores de t correspondientes a los dos primeros estudios

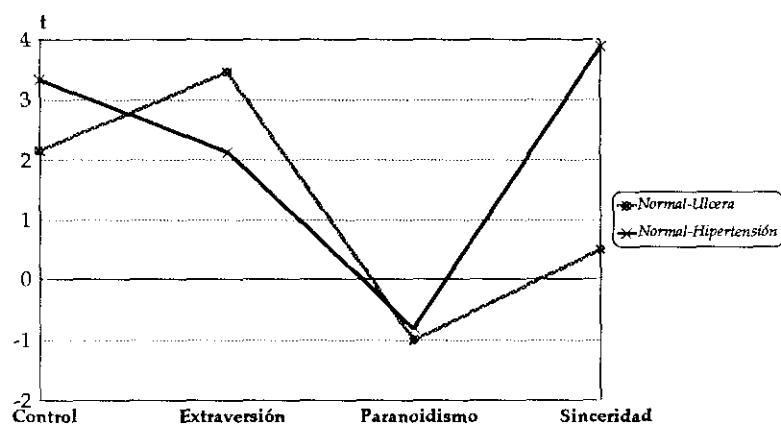


GRAFICO 22

INVENTARIO DE EXPRESION DE IRA RASGO-ESTADO -STAXI-

Valores de t correspondientes a los dos primeros estudios

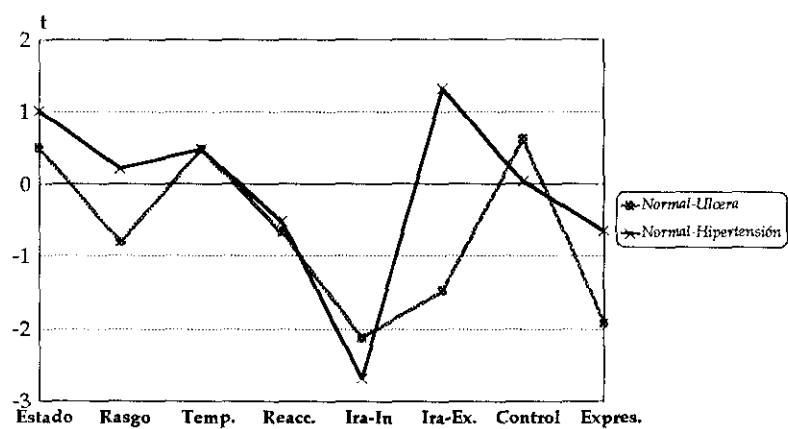


GRAFICO 23

ESCALA DE ACTIVIDAD DE JENKINS -J.A.S.-

Valores de t correspondientes a los dos primeros estudios

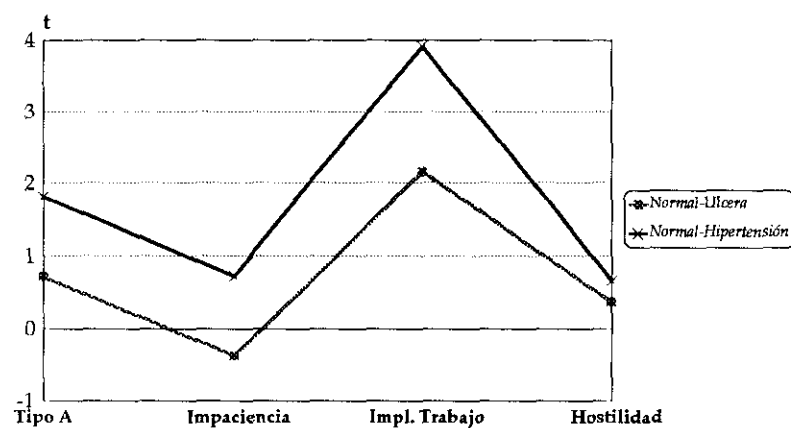


GRAFICO 24

4.9. DISCUSION

Muchos han sido los autores que desde distintas orientaciones teóricas y con la utilización de diferentes metodologías se han interesado por el estudio de las influencia de distintas variables psicológicas en la salud y en la enfermedad. En esta línea se encuentran aquellas investigaciones que desde una u otra posición han intentado buscar perfiles psicológicos característicos y diferenciales de los distintos trastornos.

Las primeras formulaciones psicológicas de los trastornos psicofisiológicos partieron de planteamientos psicodinámicos. En esta línea destaca la aproximación psicobiológica de Dumber (1935), aproximación global caracterizada por una investigación clínica que se centra en el estudio de la correlación entre determinados tipos de personalidad y determinadas enfermedades somáticas. También señalaremos a Alexander (1935, 1950), quien basandose en su experiencia clínica psicoanalítica, sostuvo que cada trastorno psicofisiológico estaba asociado con conflictos emocionales inconscientes específicos. Alexander postuló, ya en 1939, que los hipertensos luchan en contra de sus sentimientos de ira y tienen dificultad para expresarla. Según Alexander, los pacientes hipertensos serían incapaces de expresar sentimientos hostiles, generando un resentimiento mantenido.

Estas primeras hipótesis o teorías se caracterizaron por una carencia de rigor científico y metodológico. Sin embargo, despertaron el interés por una línea de trabajo y, progresivamente, los estudios en este campo comenzaron a ser llevados a cabo con un rigor científico cada vez mayor, con una fiable recogida de datos y verificación de hipótesis, lo que supuso el progresivo abandono de las primitivas teorías especulativas. En la actualidad una de las más descatadas líneas de investigación en la clínica se centra en el estudio de la relación entre determinadas características del individuo y la predisposición a ciertas enfermedades.

En esta línea se encuentra el objetivo de esta Tesis Doctoral, la búsqueda de perfiles psicológicos característicos de los sujetos que presentan trastornos psicofisiológicos, en concreto la hipertensión esencial y la úlcera péptica.

Entre las variables o características de personalidad que han suscitado un buen número de investigaciones en el campo de los trastornos psicofisiológicos se encuentran la ansiedad y la ira.

Respecto a la ansiedad, son muchos los estudios que encuentran que los sujetos hipertensos muestran mayores niveles de ansiedad que los sujetos normotensos (Baer, Collin y cols., 1979; Drummond, 1982; Schalling y Svensson, 1984; Thailer y cols., 1985; Van der Ploeg y cols., 1985; James, 1986; Hernández-

Martínez, 1988; Suslova y Alexandrova 1988; Irvine y Garner, 1989; Kubej y Koran, 1989; Martinez, Gil y cols., 1989; Rabinad, 1991; Pagotto, Fallo y cols., 1992).

Nuestros datos reflejan estos mismos resultados, los sujetos con hipertensión presentan mayores niveles de ansiedad que los sujetos de la población general. Sin embargo, hemos de señalar que los estudios llevados a cabo hasta ahora se centran en la medida de la ansiedad como rasgo o estado, sin diferenciar entre los distintos sistemas de respuesta, o entre distintos factores situacionales o rasgos específicos. Esta diferenciación llevada a cabo en la presente Tesis, nos ha permitido conocer el perfil, con respecto a la variable de ansiedad, del sujeto hipertenso, como un sujeto con elevada reactividad en los tres sistemas de respuesta, y en todos y cada uno de los rasgos específicos medidos por el I.S.R.A.

Por la escasez de estudios en esta línea no nos es posible comparar con los resultados de otros estudios. Tan sólo en nuestro país, encontramos estudios que diferencian entre distintos sistemas de respuesta y rasgos específicos, resultando en todos los casos que los sujetos hipertensos presentan mayores niveles en todas y cada una de las medidas o variables analizadas (Méndez, 1993; Miguel-Tobal, 1993).

En relación a la úlcera, nuestros datos reflejan igualmente que los sujetos con úlcera péptica presentan mayores niveles de ansiedad que los sujetos de la población general. Estos datos son así mismo reflejados en numerosos estudios (Tennant y Goulston, 1986; Magni, di-Mario, Trinciarelli, Conlon y cols, 1986; Langeluddecke, Goulston y Tennant, 1987; Magni, Di-Mario, Conlon y Naccarato, 1987; Sreedhar, 1989).

No obstante, hemos de señalar que comparados con los estudios sobre muestras de sujetos hipertensos la proporción de estudios sobre úlceras es menor. Y al igual que señalamos en el caso anterior, estos estudios llevados a cabo con muestras de sujetos con úlceras se centran en la medida de la ansiedad como rasgo o estado, sin diferenciar entre los distintos sistemas de respuesta, o entre distintos factores situacionales. La utilización de un instrumento de medida de la ansiedad como es el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad -ISRA- nos ha posibilitado obtener datos que nos permite describir al sujeto con úlcera péptica como un sujeto con elevada reactividad en los tres sistemas de respuesta (Cognitivo, Fisiológico y Motor) y en todos y cada uno de los rasgos específicos medidos (Ansiedad de evaluación, ansiedad interpersonal, Ansiedad fóbica y ansiedad de la vida cotidiana).

Otra de las variables psicológicas que ha despertado un interés especial en los últimos años en relación a los trastornos psicofisiológicos es la ira. Sin

embargo, desde los primeros estudios que intentaban correlacionar distintos trastornos con variables de personalidad, se habla de la ira como una variable importante. Alexander postuló ya en 1939 que los hipertensos luchan en contra de sus sentimientos de ira y tienen dificultad de expresarla, que reprimen o inhiben la ira.

Uno de los problemas principales para aunar las conclusiones de los distintos estudios es la gran profusión de términos usados para describir distintos parámetros o variables de la ira. Así por ejemplo en algunos estudios se utiliza "expresión de ira" para hacer referencia a una determinada forma de expresión, la expresión externa. Sin embargo en otros estudios, la "expresión de ira" no tiene en cuenta la dirección de la misma (interna o externa).

Quizá esta confusión es debida a la falta de instrumentos de medida hasta fechas recientes, y el solapamiento de términos como hostilidad o agresión. Pero, en general, entre los distintos estudios podemos resaltar algunos datos comunes.

Un porcentaje importante de estudios en relación a la variable ira sostienen que el elemento más definitorio es la dirección de la expresión de la misma. En relación a la hipertensión, algunos autores sostienen que la hipertensión correlaciona con la no expresión de la ira, es decir los sujetos

hipertensos tienden a no expresar la ira (Goldstein, Med, y cols., 1988). Sin embargo, otros estudios presentan datos opuestos, obteniendo los hipertensos mayores puntuaciones en expresión de ira que los sujetos normotensos (Van Der Ploeg, Van Buuren y Van Brummelen, 1985). Ambos datos pueden estar reflejando la misma evidencia, ya que al hablar de "no expresión" se está haciendo referencia principalmente a la falta de expresión externa, o dicho de otro modo, a la expresión interna de la ira. Mientras en el segundo caso la "expresión de ira" hace referencia de forma global a la expresión de dicha emoción independiente de la dirección de la misma, y por tanto incluyendo la dirección interna que en el primer estudio es denominada "no expresión".

Debido en parte a la falta de acuerdo sobre los parámetros de esta variables, los datos más concluyentes y acordes sobre la ira en relación a los trastornos psicofisiológicos se encuentran en aquellas investigaciones que "miden" la supresión de ira, o expresión interna de ira. En general los distintos estudios encuentran que los sujetos hipertensos tienden a reprimir sus sentimientos de ira, o a expresarlos de forma interna, con mayor frecuencia que los normotensos (Harburg, Blakelock y Roeper 1979; Schalling y Svensson 1984; Dimsdale y cols., 1986; Boutelle, Epstein y Ruddy, 1987).

Finalmente y referido también a la ira, algunos estudios encuentran que los hipertensos son más propensos a sentir o experimentar ira (Baer, Collin,

Bourianoff y cols.,1979; Boutelle, Epstein y Ruddy 1987), es decir presentan un mayor rasgo de ira.

Los datos de nuestra investigación apoyan la hipótesis de que los sujetos hipertensos tienden a expresar sus sentimientos de ira de forma interna con mayor frecuencia que los sujetos normotensos. Sin embargo, en relación a nuestros datos, el sujeto hipertenso no presenta un mayor rasgo de ira, es decir no tiende a sentirse airado con más frecuencia que la población general. La principal diferencia se encuentra en la forma de expresar la ira.

En cuanto a la úlcera, como en el caso de la hipertensión, la ira se ha considerado una variable importante desde muy tempranamente. Wolf y Wolff en 1947 señalaron que en situaciones de enfado o frustración, se observa una hiperfunción de la mucosa gástrica aumentando la secreción de ácido clorhídrico y la motilidad. E incluso los autores se refieren a la dirección de la expresión manteniendo que la rabia o enfado contenido parecen producir incremento en la secreción de ácido gástrico (Wolf y Wolff, 1947).

Nuestros datos apoyan estas primeras hipótesis, ya que el grupo de úlcera obtiene mayores puntuaciones en la escala de Expresión de ira del STAXI, lo cual indica que expresan su ira con mayor frecuencia que los sujetos sin úlcera. A su vez, tienden a expresarla con mayor frecuencia que los sujetos

de la población normal, hacia adentro, es decir en dirección interna, intentando reprimirla.

En lo referente a otros rasgos de personalidad, son numerosos los estudios que se centran en la dimensión extraversión-introversión. Quizá el especial interés por esta dimensión esté determinado por la relación que, según algunos autores, existe entre esta variable de personalidad y el concepto de arousal (ver punto 2.2.3.3), y la implicación final de las diferencias individuales ante el stress. Los extravertidos estarían caracterizados según Eysenck (1967, 1970) por un bajo nivel de arousal o una mayor inhibición que los introvertidos, los cuales presentarían un alto nivel de activación de forma regular. Así, podemos considerar la dimensión extraversión-introversión como un importante codeterminante de la valoración de una situación como amenazante (Streleau 1988).

En los estudios en los que se ha medido esta variable suele haber una gran concordancia en los datos, obteniendo los sujetos normales mayor puntuación en extraversión que los sujetos con trastornos psicofisiológicos (Tennat y Goulston 1986; Jokiel y Tammen, 1987; Tsikulin, 1987; Hernández-Martínez, 1988; Rabinad, 1991; Méndez, 1993).

En la presente investigación los datos obtenidos apoyan esta hipótesis,

ya que tanto los datos del primer estudio de comparación entre sujetos con hipertensión esencial y sujetos normotensos, como los del segundo estudio de comparación entre sujetos con úlcera péptica y la población general, confirman que los grupos "normales" obtienen mayores puntuaciones en la escala de Extraversión del CEP que los respectivos grupos clínicos (hipertensión y úlcera).

Con respecto a otras variables de personalidad, en nuestro estudio se encuentra que tanto el grupo de hipertensión como el grupo de úlcera comparados con la población general obtiene menores puntuaciones en la escala C de Control emocional del Cuestionario de Personalidad CEP. Estos datos están en consonancia con algunos estudios que han encontrado que los sujetos con distintos trastornos psicofisiológicos suelen presentar una menor estabilidad emocional. Así, Basu (1985) utilizando el 16PF señala que, comparados con los normotensos, los hipertensos son menos estables emocionalmente, más insatisfechos y con mayor frecuencia a perturbarse emocionalmente.

Con respecto a otras variables de personalidad como paranioidismo y psicoticismo, los datos son bastante contradictorios.

Tennat y Goulston (1986), encuentran que tanto los sujetos con úlcera duodenal como los sujetos con úlcera gástrica obtienen puntuaciones significativamente más elevadas en psicoticismo, comparados ambos con un

grupo control. Otros autores como Magni, Di-Mario, Trinciarelli, Conlon y cols., (1986) en un estudio realizado con sujetos que padecen úlcera gástrica concluyen que dichos sujetos están caracterizados por excesiva dependencia, introspección, desconfianza, tendencia a ser taciturnos y ausencia de rasgos paranoides.

En nuestra investigación no se han encontrado diferencias en el rasgo de paranoidismo en ninguno de los estudios.

En cuanto a otra de las variables analizadas en este estudio, la capacidad de solución de problemas personales, por la escasez de instrumentos de medida y la aplicación de los mismos en este área, no podemos comparar nuestros resultados con los de otras investigaciones en esta línea. Sin embargo, quisiéramos reflejar la consonancia de nuestros datos con otras variables o conclusiones empíricas.

Relacionados con esta variable, uno de los datos estadísticamente más significativo encontrado en la presente investigación, es la menor puntuación reflejada, tanto por el grupo de hipertensión como por el grupo de úlceras con respecto a la población normal, en la "confianza en sí mismo", en su habilidad para resolver problemas cotidianos. Este dato está, a nuestro juicio, en consonancia con las hipótesis sostenidas por autores como Weiss y Lazarus.

Weiss (1972, 1977, 1980) sostiene que uno de los factores que explican el origen y desarrollo de algunos trastornos psicofisiológicos es la forma en que el sujeto se enfrenta a ellos. En este afrontamiento uno de los factores decisivo es la cantidad de información que el sujeto tiene acerca de la efectividad de sus respuestas ante la situación aversiva.

Siguiendo a Lazarus (1968, 1969, 1977), ante una situación determinada, se dan dos procesos de valoración: primaria y secundaria. La valoración primaria supone una valoración de consecuencias positivas o negativas que la situación puede acarrear para el individuo. La valoración secundaria supone un balance de la capacidad del propio sujeto para afrontar la situación, es una valoración sobre lo que debe y puede hacerse ante una situación determinada. Incluye la valoración de la eficacia de las estrategias de afrontamiento, la posibilidad de aplicar de forma efectiva una estrategia determinada, así como la valoración de las consecuencias de utilizar una estrategia determinada en el contexto de otras interpretaciones y demandas internas y/o externas que podrían ocurrir simultáneamente.

Las valoraciones primarias y secundarias determinan la intensidad de la respuesta de stress, guardando la primera una correlación positiva y la segunda una correlación negativa.

Por tanto y en relación con nuestros datos, podemos decir que al presentar los sujetos hipertensos y con úlcera una menor confianza en su capacidad para resolver problemas, tenderán con mayor frecuencia que los sujetos "normales" a realizar pobres valoraciones secundarias (referidas a las estrategias) y por lo tanto presentarán mayor intensidad en sus respuestas de stress, con la consiguiente activación y aumento en la predisposición a padecer trastornos psicofisiológicos.

Por último, otra de las variables a la que haremos referencia por ser estudiada en esta investigación y por la gran atención que ha recibido como posible factor de riesgo de la hipertensión esencial es el patrón de conducta Tipo A.

El Tipo A no constituye un rasgo unitario sino que tiene un carácter multidimensional (Bermúdez, 1985; Tasto, Chesney y Chadwich, 1978). Básicamente esta patrón se caracteriza por una elevada ambición, tenacidad, alta dedicación al trabajo, hiperactividad, agresividad, competitividad, prisa e impaciencia (Jenkins y cols., 1971, Rosenman, 1978).

Los estudios en esta línea se han centrado principalmente en la relación entre esta característica y el riesgo de enfermedad coronaria, así como en su relación con la reactividad cardiovascular. Aunque son muchos los autores que

apoyan esta relación (Dembroski, MacDougall y Shields, 1977; Manuck, Craft y Gold, 1978; Booth-Kewley y Friedman, 1987; Matthews, 1988), y muchos los estudios que siguen poniendo en relación el Tipo A con la reactividad cardiovascular y la hipertensión, los resultados siguen siendo contradictorios, poniendo incluso en duda algunos autores la relación entre la reactividad cardiovascular ante distintos estresores y la hipertensión esencial (Rosenman y Hjendahl, 1991; Rosenman y Ray, 1991). Actualmente la polémica en relación al Tipo A ha llegado a poner en tela de juicio incluso la relación entre esta variable y el riesgo a la enfermedad coronaria, haciendo que la investigación de la conducta Tipo A haya ido variando en su definición y métodos.

En nuestro estudio no se han encontrado diferencias entre sujetos con hipertensión y sujetos de la población normal en cuanto al Tipo A. El mismo resultado ha sido encontrado en cuanto a los sujetos con úlcera, si bien estos últimos datos no pueden ser contrastados por la falta de investigación específica.

Como vemos, son numerosos los estudios que en los últimos años y con la utilización de instrumentos de medida válidos y fiables se han interesado por la relación entre determinadas características de personalidad y determinados trastornos psicofisiológicos. Sin embargo, y aunque respecto a algunas variables los datos parecen tener gran concordancia, vemos como en otras variables los

datos siguen siendo contradictorios.

Son muchos los aspectos que faltan por explorar en este campo y que la investigación futura debe ir cubriendo: el estudio de variables psicológicas en el paciente psicofisiológico que no conoce su enfermedad, el estudio longitudinal de estas variables en sujetos normales para establecer predicciones sobre el posible desarrollo de la enfermedad, el estudio de diferencias entre sexo y grupos de edad y un largo etcétera que nos ayude a arrojar luz sobre la relación entre determinadas características de personalidad y el riesgo de padecer distintas enfermedades.

En cualquier caso es necesario señalar que son muchos los avances que están teniendo lugar en los últimos años, no sólo en cuanto al aumento de la investigación en el campo, sino también en relación a la creación de nuevos instrumento de medida y la aplicación de metodologías más acertadas. Pensamos que el conocimiento de la relación entre distintas variables psicológicas y los trastornos psicofisiológicos puede ser, y ya es, de gran utilidad en el diseño de programas de intervención más efectivos, combinando técnicas dirigidas al control y modificación de las variables implicadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

-
- AGRAS, W. S. (1982). Behavioral medicine in the 1980's: Nonrandom connections. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 797-803.
- ALDERMAN, M. H. (1984). Worksite treatment of hypertension. En J.D. Matarazzo, S.M. Weiss, J.A. Herd y N.E. Miller (Eds.), *Behavioral Health*. New York: John Wiley & Sons.
- ALEXANDER, F. (1939). Emotional factors in essential hypertension. *Psychosomatic Medicine*, 1, 175-179.
- ALEXANDER, F. (1950). *Psychosomatic Medicine: Its principles and applications*. New York: Norton.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) (1980). *Diagnostic and stadistical manual of mental disorders (DSM-III)*, 3ª ed. Washington, DC.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA)(1987). *Diagnostic and stadistical manual of mental disorders (DSM-III-R)*, 3ª ed. revisada. Washington, DC.
- ANISMAN, H.; PIZZINO, A. y SKLAR, L. S. (1980). Coping with stress, norepinephrine depletion and escape performance. *Brain Research*, 191, 583-588.
- ANNEST, J. L.; SING, C. F.; BIRON, P. y MONGEAU, J. G. (1979). Familial aggregation of blood pressure and weight in adoptive families. II Estimation of the relative contributions of genetic and common environment factors to blood pressure correlations between family members. *American Journal of Epidemiology*, 110, 205-218.

-
- ANSORENA, A.; COBO, J.; ROMERO, I. (1983). El constructo de ansiedad en Psicología. *Estudios de Psicología*, 16, 31-45.
- ANTONOVSKY, A. (1979). *Health, Stress and Coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- APPLEY, M. H. y TRUMBULL, R. (1967). On the concept of psychological stress. En M.H. Appley y T. Trumbull (Eds.), *Psychological stress: Issues in research*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- ARNOL, M. B. (1970). *Feelings and emotions: The Loyola Symposium*. New York: Academic Press.
- AUERBACH, S. M. (1973a). Effects of orientating instructions, feedback information and trait anxiety or state anxiety. *Psychological Reports*, 33, 779-786.
- AUERBACH, S. M. (1973b). Trait-State anxiety and adjustment to surgery. *Journal of consulting and Clinical Psychology*, 40, 264-271.
- AVERILL, J. R. (1979). A selective review of cognitive and behavioral factors involved in the regulation of stress. En R.A. Depue (Ed.), *The psychobiology of the depressive disorders: Implications for the effects of stress*. New York: Academic Press.
- AVERILL, J. R. (1982). *Anger and aggression: An essay on emotion*. New York: Springer-Verlag.
- AVERILL, J. R. (1983). Studies on anger and aggression: Implications for theories of emotion. *American Psychologist*, 38, 1145-1160.

- AX, A. F. (1953). The physiological differentiation between fear and anger in humans. *Psychosomatic Medicine*, 15, 433-442.
- AYUSO, J. L. (1988). *Trastornos de la angustia*. Barcelona: Martínez Roca.
- BACKUS, F. y DUDLEY, D. (1977). Observations of psychosocial factors and their relationship to organic disease. En Z.J. Lipowski, D. Lipsitt y P. Whybrow (Ed.), *Psychosomatic medicine*. New York: Oxford University Press.
- BAER, P. E.; COLLINS, F. H.; BOURENOFF, G. C. y KETCHEL, M. F. (1979). Assessing personality factors in essential hypertension with a brief self-report instrument. *Psychosomatic Medicine*, 16, 721-730.
- BANDURA, A.; TAYLOR, C. B.; WILLIAMS, S. L.; MEFFORD, I. N. y BARCHAS, J. D. (1985). Catecholamines secretion as a function of perceived self-efficacy. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43, 5-21.
- BANKS, J. K. y GANNON, L. R. (1988). The influence of hardiness on the relationship between stressors and psychosomatic symptomatology. *American Journal of Community Psychology*, 16, 25-37.
- BAREFOOT, J. C.; DAHLSTROM, G. y WILLIAMS, R. B. (1983). Hostility, CHD incidence, and total mortality: A 25 year follow-up study of 255 physicians. *Psychosomatic Medicine*, 45, 59-63.
- BASU, R. (1985). Personality correlates of essential hypertension. *Journal of the Indian Accademy of Applied Psychology*, 14, 12-15.

- BEAUMONT, W. (1833). *Experiments and observation on the gastric juice and the physiology of digestion*. Plattsburgh, New York: F.P. Allen.
- BECK, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- BECK, A. T. (1988). *Love is never enough*. New York: Harper and Row.
- BELLACK, A. y HERSEN, M. (1977). Self-Report Inventories in Behavioral Assessment. En J.D. Cone y R.P. Hawkins (Eds.), *Behavioral Assessment. New Directions in Clinical Psychology*. New York: Brunner/Mazel Publ.
- BELLACK, A. S. y LOMBARDO, T. W. (1984). Measurement of anxiety. En S. M. Turner (Eds.), *Behavioral Theories and Treatment of Anxiety*. New York: Plenum Press.
- BENSABAT, S.(1987). *Stress. Grandes especialistas responden*. Bilbao: Mensajero.
- BERKOWITZ, L. (1962). *Aggression: A social psychological analysis*. New York: McGraw-Hill.
- BERMUDEZ, J. (1983). Modelo interactivo de ansiedad: implicaciones y contrastación empírica. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 38 (6), 1003-1030.
- BERMUDEZ, J. (1985). Investigación en personalidad I: Método. En J. Bermúdez (Ed.), *Psicología de la personalidad*. Madrid: UNED:

- BERMUDEZ, J. y LUNA, M. D. (1980). Ansiedad. En Fernández Trespalacios (Ed.), *Psicología General II*. Madrid: UNED.
- BILLINGS, A. G. y MOSS, R. H. (1982). Social support and functioning among community and clinical groups: A panel model. *Journal of Behavioral Medicine*, 5, 295-312.
- BIRK, L. (1973). *Biofeedback: Behavioral Medicine*. New York: Grune & Stratton.
- BLANCHARD, E. B. (1977). Behavioral Medicine: a perspective. En R. Williams y W. Gentry (Eds.), *Behavioral approaches to medical treatment*. Ballinger.
- BOOTH-KEWLEY, S. y FRIEDMAN, H. S. (1987). Psychological predictors of heart disease: A quantitative review. *Psychological Bulletin*, 101, 343-362.
- BORKOVEC, T. D.; WEERTS, T. C. y BERNSTEIN, D. A. (1977). Assesment of anxiety. En A.R. Ciminero, K.S. Calhon, y Adams, H. E. (Eds.), *Handbook of behavioral assesment*. New York: Wiley.
- BOUTELLE, R.; EPSTEIN, S.; RUDDY, M. (1987). The relation essential hypertension to feelings of anxiety, depression and anger. *Psychiatry*, 50, 206-217.
- BOWERS, K. S. (1972). Situationism in Psychology: on making reality disappear. *Research Report*, 3. Departament of Psychology, University of Waterloo, Ontario.
- BOWERS, K. S. (1973). Situationism in Psychology: An analysis and critique. *Psychological Review*, 80, 307-336.

- BRENGELMANN, J. C. (1981). *Verhaltensmedizin*. Max-Planck Institut für Psychiatrie. Munich.
- BRENGELMANN, J. C. (1987). Aportaciones de la terapia de conducta a los programas de salud. Conferencia presentada en el Congreso Internacional de Terapia de Conducta, Alicante, 1981. En M.C. López-Altschwager y F. Alcala-Toca (Eds.), *Progresos en análisis y modificación de conducta; J.C. Brengelmann: Publicaciones y conferencias en España, vol.1* Valencia: IFT Publicaciones.
- BULBENA, A. (1985). Psicopatología de la afectividad. En J. Vallejo, A. Bulbena, A. González, A. Grau, J. Poch, J. Serrallonga (Ed.), *Introducción a la psicopatología y psiquiatría*. Barcelona: Salvat (2ª Edc).
- BURCHFIELD, S. R. (1979). The stress response: A new perspective. *Psychosomatic Medicine*, 41 (8), 661-672.
- BURCHFIELD, S. R. (1985). *Stress: Psychological and physiological interactions*, Washington: Hemisphere.
- BUSS, A. H. (1961). *The psychology of aggression*. New York: Wiley.
- BUSS, A. H. (1966). *Psychopathology*. New York: Wiley.
- BUSS, A. H. y DURKEE, A. (1957). An inventory for assessing different kinds of hostility. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 971-977.
- CAINE, T. M., FOULDS, G. A. y HOPE, K. (1967). *Manual of the Hostility and Direction of Hostility Questionnaire*. London: University of London Press.

-
- CANNON, W. B. (1915). *Bodily changes in pain, hunger, fear and rage*. New York: Appleton.
- CANNON, W. B. (1927). The James-Lange theory of emotions: A critical examination and an alternative theory. *Americam Journal Psychology*, 39, 106-124.
- CANNON, W. B. (1929). *Wut, Hunger, Angst und Schmerz: Eine Physiologie der Emotionen*. Munich: Urban & Schwarzenberg.
- CANNON, W. B. (1931). Again the James-Lange and the thalamic theories of emotions. *Psychological Review*, 38, 281-295.
- CANNON, W. B. (1953). *Bodily changes in pain, hunger, fear and rage*. Boston: C.T. Brandford.
- CANO, A. (1989). *Cognición, emoción y personalidad: un estudio centrado en la ansiedad*. Madrid: Ed. U.C.M. (tesis doctoral).
- CANO, A. y AGUIRREGABIRIA, B. (1989). La Teoría de la emoción de James: pasado y presente de las cuestiones básicas. *Revista de Historia de la psicología*, 10, 249-259.
- CARDONA, A. y SANTACREU, J. (1984). Modelos explicativos de las enfermedades psicosomáticas: la dificultad de habituación de la respuesta como factor precipitante. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 2, 17-37.
- CARR, A. T. (1979). The psychopathology of fear. En W. Sluckin (Ed.), *Fear in animals and man*. New York: Van Nostrand Reinhold.

- CARROBLES, J. A. (1993). La Psicología de la Salud: estado actual y perspectivas. En X. Bornas, G. Buela-Casal, V. Caballo, R. Moll, J. Pérez-Pareja, M. Server, J.C. Sierra, M. Tortella-Feliu (Comps.), *Actualidad de la Psicología Conductual en España. Resúmenes de los trabajos presentados al II Congreso Nacional de Psicología Conductual*. Palma de Mallorca: Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC).
- CARROLL, E. N.; ZUCKERMAN, M. y VOGEL, W. H. (1982). A test of the optimal level of arousal theory of sensation seeking. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 572-575.
- CASADO, M. I. y MIGUEL-TOBAL, J. J. (1992). Solución de problemas en sujetos normales y psicósomáticos. Comunicación presentada en el *Congreso Iberoamericano de Psicología*. Madrid, 5-10 de Julio.
- CASADO, M. I. y MIGUEL-TOBAL, J. J. (1993a). Solución de problemas en sujetos normales y con úlcera péptica. Comunicación presentada en el *II Congreso de Psicología Conductual*. Palma de Mallorca, 5-7 de Abril.
- CASADO, M. I. y MIGUEL-TOBAL, J. J. (1993b). Comparación de sujetos normales y con úlcera péptica en relación a las variables de ira y ansiedad. Comunicación presentada en el *III Congreso Internacional "Latini Dies" de las Asociaciones de Terapia Comportamental y Cognitiva de los Países de Lengua Latina*. Toulouse, 6-8 Mayo.
- CASSEM, N. H. y HACKETT, T. P. (1971). Psychiatric consultation in a coronary care unit. *Annual Internal Medicine*, 75, 9-14.
- CATTELL, R. B. (1973). *Personality and mood by questionnaire*. San Francisco: Jossey-Brass.

- CATTELL, R. B. y SCHEIER, I. H. (1958). The nature of anxiety: A review of 13 multivariate analyses comparing 814 variables. *Psychological Reports, Monograph Supplement*, 5, 351-388.
- CATTELL, R. B. y SCHEIER, I. H. (1961). *The meaning and measurement of neuroticism and anxiety*. New York: Ronal.
- CHAN, K. B. (1977). Individual differences in reactions to stress and their personality and situational determinants: Some implications for Community mental health. *Social Science and Medicine*, 11, 89-103.
- CHESS, S.; THOMAS, A. y BIRCH, H. G. (1976). Behavior problems revisited: Findings of an anterospective study. En N.S. Endler, L.R. Boulter y H. Osser (Eds.), *Contemporary issues in developmental psychology* (2nd. ed.) Toronto: Holt, Rinehart & Winston.
- COCHRANE, R. (1973). Hostility and neuroticism among unselected essential hypertensives. *Journal of Psychosomatic Research*, 17, 215-218.
- COHEN, J. (1978). Health care, coping and the counselor. *Personnal and Guidance Journal*, 56, 616-620.
- COOK, W. W. y MEDLEY, D. M. (1954). Proposed hostility and pharisaic virtue scales for the MMPI. *Journal of Applied Psychology*, 38, 414-418.
- COSTA, M. y LOPEZ, E. (1986). *Salud Comunitaria*. Barcelona: Martinez Roca.
- COX, T. (1978). *Stress*. London: Macmillan Press.

- COYNE, J. C. y LAZARUS, R. S. (1980). Cognitive style, stress perception and coping. En I.L. Kutash y L.B. Schlesinger (Eds.), *Handbook on stress and anxiety: Contemporary knowledge, theory and treatment*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- DAHL, L. K. (1977). Salt intake and hypertension. En J. Genest; E. Koiw y O. Kuchel (Eds.), *Hypertension: Physiopathology and Treatment*. New York: McGraw Hill.
- DALESSIO, D. J. (1972). *Wolff's headache and the other head pain*. New York: Oxford University Press.
- DAVIDSON, P. O. y DAVIDSON, Sh. M. (1980). *Behavioral medicine: changing health life styles*. Brunner-Mazel.
- DEFFENBACHER, J. L. (1992). Trait anger: Theory, findings, and implications. En J.N. Butcher y C.D. Spielberger (Comps.), *Advances in personality assessment*. Vol 9. Hillsdale, New York: Lawrence Erlbaum.
- DEFFENBACHER, J. L. (1993). Irritabilidad crónica: características e implicaciones clínicas. *Psicología Conductual*, 1, 51-72.
- DEFFENBACHER, J. L.; DEMM, P. M. y BRANDON, A. D. (1986). High general anger: Correlates and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 480-489.
- DEFFENBACHER, J. L. y EISWERTH-COX, L. (1991). *An empirical evaluation of state trait anger theory*. Comunicación presentada en la Rocky Mountain Psychological Association, Denver, Colorado.

- DEFFENBACHER, J. L. y SHEPARD, J. (1991). *Relationship of trait to anger expression style and trait anxiety*. Comunicación presentada en la Rocky Mountain Psychological Association, Denver, Colorado.
- DEFFENBACHER, J. L. y SHEPARD, J. (1992). Relaxation and cognitive-relaxation treatment of general anger. *Journal of Counseling Psychology*, 39, 158-167.
- DELPRATO, D. J. y McGLINN, D. F. (1984). Behavioral Theories of anxiety disorders. En Turner, S.M. (Ed.), *Behavioral Theories and treatment of anxiety*. New York: Plenum Press.
- DEMBROSKI, T. M.; MACDOUGALL, J. M. y SHIELDS, J. L. (1977). Physiologic reactions to social challenge in persons evidencing the Type A coronary-prone behavior pattern. *Journal of Human Stress*, 3, 2-10.
- DIAMOND, E. L. (1982). The role of anger and hostility in essential hypertension and coronary disease. *Psychological Bulletin*, 92, 410-433.
- DIMSDALE, J. E. (1985). A psychosomatic perspective in anxiety disorders. En A.H. Tuma y J.D. Maser (Eds.), *Anxiety an the anxiety disorders*. Hillsdale, New York: L.E.A.
- DIMSDALE, J. E.; PIERCE, C. H. y SCHOENFELD, D. (1986). Supressed anger and blood pressure. the effects of race, social class, obesity and age. *Psychosomatic Medicine*, 48, 430-436.
- DITTO, B. (1986). Parental history of essential hypertension, active coping and cardiovascular reactivity. *Psychophysiology*, 23, 62-70.

- DITTO, B. y MILLER, S. B. (1989). Forearm blood flow responses of offspring of hypertensives to an extended stress task. *Hypertension*, 13, 181-187.
- DOHRENWEND, B. S. y DOHRENWEND, B. P. (1974). *Stressful life events: Their nature effects*. New York: Wiley.
- DOHRENWEND, B. S. y DOHRENWEND, B. P. (Eds.) (1981). *Stressful life events and their context*. New York: Prodist.
- DOHRENWEND, B. S.; DOHRENWEND, B. P.; DODSON M. y SHROUT, P. E. (1984). Symptoms, hassles social support, and life events: Problems of confounded measures. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 222-230.
- DOLLAR, J. y MILLER, N. E. (1950). *Personality and psychotherapy: an analysis in terms of learning, thinking and culture*. New York: McGraw-Hill.
- DOMINGUEZ, F. J. (1989). *Determinantes conductuales de la reactividad cardiovascular como factor de predisposición a la hipertensión primaria*. Madrid: Ed. U.C.M. (Tesis Doctoral).
- DONKER, F. J. (1991). Medicina Conductual y Psicología de la Salud. En G. Buela-Casal y V.E. Caballo (Comps.), *Manual de psicología clínica aplicada*. Madrid: Ed. Siglo XXI.
- DRUMMOND, P. D. (1982). Personality traits in young males at risk for hypertension. *Journal Psychosomatic Res.*, 6, 585.

- DRYDEN, W. (1990). *Dealing with anger problems: Rational-emotive therapeutic interventions*. Sarasota, Florida: Professional Resource Exchange.
- DUFFY, E. (1930). Tension and emotional factors in reactions. *Genetic Psychological Monograph*, 7, 1-79.
- DUFFY, E. (1962). *Activation and Behavior*. New York: Wiley.
- DUFFY, E. (1972). Activation. En N.S. Greenfield y R.A. Sternbach (Eds): *Handbook of Psychophysiology*. Chicago: Holt, Rinehard and Winston.
- DUMBAR, F. (1943). *Psychosomatic diagnosis*. New York: Harper & Row.
- DUSTAN, H. P. (1983). Mechanisms of hypertension associated with obesity. *Annals of international Medicine*, 98 (supl. II), 860-864.
- D'ZURILLA, T. J. y GOLDFRIED, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.
- EAKER, E.D.; ABBOTT, R.D.; KANNEL, W.B. (1989). Frequency of uncomplicated angina pectoris in type A compared whit type B persons (The Framingham study). *American Journal Cardiology*, 63, 1.042-1.045.
- ELLIOT, G. R. y EISDORFER, C. (1982). *Stress and human health*. New York: Springer.
- ELLIS, A. (1977). *Anger: How to live wiht and without it*. New York: Reader's Digest Press.

- ENDLER, N. S. (1973). The person versus the situation a pseudo issue?. A response to others. *Journal of Personality*, 41, 287-303.
- ENDLER, N. S. (1975). A person-situation interaction model of anxiety. En C.A. Spielberger y I.G. Sarason (Eds.), *Stress and anxiety*. vol 1, 145- 164. Washington: Hemisphere Publishing.
- ENDLER, N. S. (1977). The role of person-by-situation interaction in personality theory. En I.C. Uzgoris y F. Welzman (Eds.), *The Structuring of Experience*. New York: Plenum Press.
- ENDLER, N. S. (1978). The interaction model of anxiety. Some possible implications. En O.M. Landers y R.W. Christina (Eds.), *Psychology of motor Behaviors and Sport, Human*. Champaign: Kinetics.
- ENDLER, N. S. (1983). Interactionism: A personality model, but not yet a theory. En M.M. Page (Ed.), *Nebraska Symposium on Motivation 1982: Personality Current Theory and research*. Lincoln, NE: University of Nebraska Press.
- ENDLER, N. S. (1988). Hassles, Health, and happiness. En M.P. Janisse (Ed.), *Individual differences, stress, and health psychology*. New York: Springer-Verlag.
- ENDLER, N. S. y EDWARDS, J. (1978). Persons by treatment interactions in personality research. En L.A. Pervin y M. Lewis (Eds.), *Perspectives in interactional psychology*. New York: Plenum Press.
- ENDLER, N. S.; HUNT, J. McV. y ROSENSTEIN, A. J. (1962). An S-R Inventory of Anxiousness. *Psychological Monography*, 76 (17).

-
- ENDLER, N. S. y MAGNUSSON, D. (1974). Interactionism, trait psychology, psychodynamics and situationism. *Report from the Psychological Laboratories*, 418. University of Stockholm.
- ENDLER, N. S. y MAGNUSSON, D. (Eds.) (1976). *Interactional psychology and personality*. Washington, DC: Hemisphere Publishing Corporation.
- ENDLER, N. S. y MAGNUSSON, D. (1976a). Personality and person by situation interaction. En N.S. Endler y D. Magnusson (Eds.), *Interactional psychology and personality*. Washington, DC: Hemisphere Publishing Corporation.
- ENDLER, N. S. y MAGNUSSON, D. (1976b). Multidimensional aspects of state and trait anxiety: A cross-cultural study of Canadian and Swedish students. En C.D. Spielberger y R. Diaz-Guerrero (Eds.), *Cross-cultural research on anxiety*. Washington, DC: Hemisphere Publishing Corporation.
- ENDLER, N. S. y MAGNUSSON, D. (1976c). Toward an interactional psychology of personality. *Psychological Bulletin*, 83, 956-974.
- ENDLER, N. S.; MAGNUSON, D.; EKEHAMMAR, B. y OKADA, M. (1976). The multidimensionality of state and trait anxiety. *Scandinavian Journal of Psychology*, 17, 81-93.
- ENDLER, N. S. y OKADA, M. (1975). A multidimensional measure of trait anxiety: the S-R Inventory of General Trait Anxiousness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 319-129.

- ENGEL, B. T. (1972). Response specificity. En N.S. Greenfield y R.A. Sternbach (Eds.), *Handbook of psychophysiology*. New York: Holt, Rinehart y Winston
- ENGEL, G. L. (1955). Studies of ulcerative colitis. The nature of the psychologic processes. *American Journal Medicine*, 19, 231-256.
- ENGEL, G. L. (1976). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 4286, 129-136.
- EPSTEIN, L. H.; KATZ, R. G.; ZLUTNICK, S. (1979). Behavioral medicine. En M. Hersen, R. Eisler y P. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification*. Vol 7. New York: Academic Press.
- EPSTEIN, S. (1967). Toward a unified theory of Anxiety. En B. Maher (Ed.), *Prog. in Experimental Personality Research*, vol 4. New York: Academic Press Inc.
- EVANS, D. R. y STANGELAND, M. (1971). Development of reaction inventory to measure anger. *Psychological Reports*, 29, 412-414.
- EVERLY, G. S. (1978a). *The organ specificity score as a measure of psychophysiological stress reactivity*. University of Maryland.
- EVERLY, G. S. (1989). *A clinical guide to the treatment of the human stress response*. New York: Plenum Press.
- EYSENCK, H. J. (1967). *The biological basis of personality*. Springfield: C.C. Tomas (Trad. 1970, Barcelona: Fontanella).

-
- EYSENCK, H. J. (1968). A theory of the incubation of anxiety/fear response. *Behavior Research and Therapy*, 6, 316-321.
- EYSENCK, H. J. (1970). *The structure of human personality*. London: Methuen.
- EYSENCK, H. J. (1979). The conditioning model of neurosis. *The Behavioral and Brain Sciences*, 2, 155-199.
- EYSENCK, H. J. (Ed.) (1981). *A model for personality*. Berlin: Springer-Verlag.
- EYSENCK, H. J. (1985). Incubation of fear-anxiety. En S. Reis y R.R. Bootzin (Eds.), *Theoretical issues in behavior therapy*. New York: Academic Press.
- FALKNER, B.; ONESTI, G.; ANGELAKOS, E. T.; FERNANDES, M. y LANGMAN, C. (1979). Cardiovascular response to mental stress in normal adolescents with hypertensive parents. *Hypertension*, 1, 23-30.
- FEINLEIB, M.; GARRISON, R. J.; FABSITZ, R.; CHRISTIAN, J. C.; HRUBEC, Z.; BORHANI, N. O.; KANNEL, W. B.; ROSENMAN, R.; SCHWARZ, J. T. y WAGNAR, J. O. (1977). The NHLBI twin study of cardiovascular disease risk factors: Methodology and summary results. *American Journal of Epidemiology*, 106, 284-295.
- FEINLEIB, M.; KANNEL, W. B.; GARRISON, R. J.; McNAMARA, P. M. y CASTELLI, W. P. (1975). The Framingham offspring study: desing and preliminary data. *Preventive Medicine*, 4, 518-525.
- FENZ, W. D. (1975). Strategies for coping with stress. In E.G. Sarason y C.D. Spielberger (Eds.), *Stress and anxiety*, vol. 2. Washington, DC: Hemisphere Publishing Corporation.

-
- FESHBACH, S. (1964). The function of aggression and regulation of aggressive drive. *Psychological Review*, 257-272.
- FEUERSTEIN, M. LABBE, E. E. y KUCZMIERCZYK, A. R. (1986). *Health psychology: A psychobiological perspective*. New York: Plenum Press.
- FERGUSON, J. M. y TAYLOR, (1980). *The comprehensive handbook of behavioral medicine*. MTP Press limited.
- FERNANDEZ DOLS, J. M. y ORTEGA, J. E. (1985). Los niveles de análisis de la emoción. James, cien años después. *Estudios de Psicología*, 21, 35-73.
- FERNANDEZ-ABASCAL, E. G. (1987). La intervención psicológica en la hipertensión esencial. En J.M. Buceta (Ed.), *Psicología clínica y Salud*. Madrid: UNED.
- FERNANDEZ-ABASCAL, E. G. (1992). *El Inventario de Actividad de Jenkins (JAS)*. Madrid: TEA.
- FERNANDEZ-ABASCAL, E. G. (1993). *Hipertensión. Intervención psicológica*. Madrid: Eudema.
- FERNANDEZ-ABASCAL, E. G. y CALVO, F. (1985). Modelos psicofisiológicos de la hipertensión. *Revista Española de Terapia del comportamiento*, 3, 71-109.
- FLOOD, M. y ENDLER, N. S. (1980). The interaction model of anxiety: An empirical test in an athletic competition situation. *Journal of Research in Personality*, 14, 329-339.

- FLOR, H.; TURK, D. C. y BIRBAUMER, N. (1984). Assessment of stress-related psychophysiological reactions in chronic back pain patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 354-364.
- FOLKMAN, S. y LAZARUS, R. S. (1980). An analysis of coping in middleaged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.
- FOLKMAN, S. y LAZARUS, R. S. (1985). If changes it must be a process: A study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 150-170.
- FOLKOW, B. (1982). Physiological aspects of primary hypertension. *Physiological Reviews*, 62, 347-504.
- FOLKOW, B.; HALLBACK, M.; LUNDGREN, Y.; SILVERTSSON, R. y WEISS, L. (1973). Importance of adaptative changes in vascular design for establishment of primary hypertension, studied in man and spontaneously hypertensive rats. *Circulation Research*, 32-33 (supl.I), I 2-I 13.
- FREIXA I BAQUE, E. (1991). Psiconeuroinmunología: El condicionamiento de las respuestas inmunitarias. En G. Buéla-Casal y V. Caballo (Comps.), *Manual de Psicología Clínica Aplicada*. Madrid: Siglo XXI.
- FREUD, S. (1967). *Angustia y vida instintiva*. Obras completas. Tomo II. Madrid: Biblioteca Nueva.
- FREUD, S. (1968). *Los orígenes del psicoanálisis. Como se origina la angustia*. Obras completas. Tomo III. Biblioteca Nueva. Madrid.

- FRIEDMAN, M. y ROSENMAN, R. H. (1959). Association of specific overt behavior pattern with blood cardiovascular findings. *JAMA*, 169, 1.286-1.296.
- FUENTENEbro DE DIEGO, F.; SANTOS, J. L.; AGUD, J. L. y DE DIOS, C. (1990). Medicina psicosomática. En F. Fuentenebro y C. Vazquez (Ed.), *Psicología médica, psicopatología y psiquiatría. Vol.I: Psicología médica y Psicopatología*. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana de España.
- GARMEZY, N. (1981). Children under stress: Perspectives on antecedents and correlates of vulnerability and resistance to psychopathology. En A.I. Rabin; L. Aronoff; A.M. Barclay y R.A. Zucker (Eds.), *Further explorations in personality*. New York: John Wiley & Sons.
- GATCHEL, R. J.; BAUM, A. y KRANTZ, D. S. (1989). *An introduction to health Psychology*. New York: McGraw-Hill.
- GENTRY, W. D. (1984). *Handbook of Behavioral Medicine*. New York: The Guilford Press.
- GENTRY, W. D.; BALDER, L.; OUDE-WEME, J. D.; MUSCH, F. y GARY, H. E. (1983). Type A/B differences in coping with acute myocardial infarction: Further considerations. *Heart and Lung*, 12, 212-214.
- GOLDSTEIN, H. S.; MED, D.; ELDELBERG, R.; MEIER, C. F. y DAVIS, L. (1988). Relationship of resting blood pressure and heart rate to experienced anger and expressed anger. *Psychosomatic Medicine*, 50, 321-329.

-
- GOLDSTEIN, K. (1939). *The organism, a holistic approach to biology*. New York: American Book.
- GRAHAM, D. T. (1972). Psychosomatic medicine. En N.S. Greenfield y R.A. Sternbach (Eds.), *Handbook of psychophysiology*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- GRAHAM, D. T. (1979). What place in medicine for psychosomatic medicine?. *Psychosomatic Medicine*, 301, 180-183
- GRAHAM, F. K. y CLIFTON, R. K. (1966). Heart rate change as a component of the orienting response. *Psychological Bulletin*, 65, 305-320.
- GRAY, J. A. (1964). *Pavlov's typology*. Oxford: Pergamon Press.
- GRAY, J. A. (1975). *Elements of a two-process theory of learning*. London: Academic Press.
- GRAY, J. A. (1976). The behavioral inhibition system: A possible substrate for anxiety. En M.P. Feldman y A. Broadhurst (Eds.), *Theoretical and Experimental bases of the behavior therapies*. London: Wiley.
- GRAY, J. A. (1982). *The neuropsychology of anxiety. An enquiry into the function of the septo-hippocampal systems*. New York: Oxford University Press.
- GRINKER, R. R. (1973). *Psychosomatic Concepts*. Ed. rev. New York: Jason Aronson.

- GUTMAN M. C. y BENSON, H. (1971). Interactions of environmental factors and systemic arterial pressure: A review. *Medicine*, 50, 543-553.
- GUYTON, A. C. (1977). Personal views on mechanisms of hypertension. En J. Genest, E. Koiw y O. Kuchel (Eds.), *Hypertension: Psysiopathology and Treatment*. New York: McGraw-Hill.
- GUYTON, A. C. (1986). *Tratado de fisiología Médica*. Mexico: Interamericana.
- HARBURG, E.; BLAKELOCK, E. H. y ROEPER, P. J. (1979). Resentful and reflective coping with arbitrary authority and blood pressure: Detroit. *Psychosomatic Medicine*, 41, 189-202.
- HARBURG, E.; SCHULL, W. J.; ERFURT, J. C. y SCHORT, M. A. (1970). A family set method for estimating heredity and stress: I. A pilot survey of blood pressure among Negroes in high and low stress areas, Detroit, 1966-1967. *Journal of Chronic Disease*, 23, 69-81.
- HASTRUP, J. L.; LIGHT, K. C. y OBRIST, P. A. (1982). Parental hypertension and cardiovascular response to stress in healthy young adults. *Psychophysiology*, 19, 615-622.
- HAVLINK, R. J. y FEINLEIB, M. (1982). Epidemiology and genetics of hypertension. *Hypertension*, 4 (sup. III), 121-127.
- HENKE, P. G. (1980). The amygdala and restraint ulcers in rats. *Journal Comp. Physiological Psychology*, 92 (2), 313-323.

- HENRY, J. P. y MEEHAN, J. P. (1981). Psychosocial stimuli physiological specificity, and cardiovascular disease. En H. Weiner, M.A. Hofer y A.J. Stunkard (Eds.), *Brain Behavior and Bodily Disease*. New York: Raven Press.
- HEPPNER, P. P. y PETERSEN, Ch. H. (1982). The development and implication of Personal Problem-solving Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 29, 1, 66-75.
- HERNANDEZ-MARTINEZ, J. (1988). Perfil de personalidad de la hipertensión arterial esencial. *Actas Luso-Españolas de Neurología Psiquiátrica*, 16 (2), 105-109.
- HINKLE, L. E. (1977). The concept of stress in the biological and social sciences. En Z.J. Lipowski, D.R. Lipsitt y P.C. Whybrow (Ed.), *Psychosomatic medicine: Current trends and clinical implications*. New York: Oxford University Press.
- HODGES, W. F. (1968). Effects of Ego Treat and Treat of Pain on State Anxiety. *Journal of Personality and Social Psychology*, 8, 364-372.
- HODGES, W. F. y SPIELBERGER, C. D. (1966). The effects of threat of shock on heart rate for subjects who differ in manifest anxiety and fear of shock. *Psychophysiology*, 2, 287-294.
- HODGSON, R. J. y RACHMAN, S. (1974). Desynchrony in measures of fear. *Behaviour Research and Therapy*, 12, 319-326.

- HOLMES, T. H. y MASUDA, M. (1974). Life changes and illness susceptibility. En B.S. Dohrenwend y B.P. Dohrenwend (Eds.), *Stressful life events: Their nature and effects*. New York: Wiley.
- HOLMES, T. H. y RAHE, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- HOLROYD, K. A. y LAZARUS, R. A. (1982). Stress, coping and somatic adaptation. En L. Goldberg y C. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress*. New York: Free Press.
- HULL, C. L. (1921). Quantitative aspects of the evolution of concepts: an experimental study. *Psychological Monographs*.
- HULL, C. L. (1943). *Principles of Behavior*. New York: Appleton Century-Crofts.
- HULL, C. L. (1952). *A behavior system*. New Haven: Yale University Press.
- IRVINE, M. J.; GARNER, D. M.; OLMSTEAD, M. P. y LOGAN, A. G. (1989). Personality differences between hypertensive and normotensive individuals: Influence of knowledge of hypertension status. *Psychosomatic Medicine*, 51, 537-549.
- IZARD, C. E. (1971). *The face of emotion*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- IZARD, C. E. (1972). Anxiety: A variable combination of interacting fundamental emotions. En C.D. Spielberger (Ed.), *Anxiety: Current trends in theory and research*. New York: Academic Press.
- IZARD, C. E. (1977). *Human emotions*. New York: Plenum Press.

IZARD, C. E. y BLUMBERG, S. H. (1985). Emotion theory and the role of emotion in anxiety in children and adults. En H. Tuma y J. Maser (Eds.), *Anxiety and anxiety disorders*. Hillsdale, New York: LEA.

JAMES, W. (1884). What is an emotion?. *Mind*, 9, 188-205.

JAMES, W. (1894). The physical basis of emotion. *Psychological Review*, 1, 516-529.

JAMES, G. D. (1986). The influences of happiness, anger and anxiety on the blood pressure of borderline hypertensives. *Psychosomatic Medicine*, 48.

JENKINS, C. D.; STANTON, B.; KLEIN, M. D.; SAVAGEAU, J. A. y HARKEN, D. E. (1983). Correlates of angina pectoris among men awaiting coronary by-pass surgery. *Psychosomatic Medicine*, 45, 141-153.

JENKINS, C. D.; ZYZANSKI, S. J. y ROSENMAN, R. H. (1979). *Jenkins Activity Survey*. New York: Psychological Corporation.

JOKIEL, R. y TAMMEN, A. T. (1987). Personality psychological correlates of blood pressure behavior. Group comparison of hypertensive exercise hypertensive and normotensive heart patients. *Herz*, 12, 141-145.

JORGENSEN, R. S. y HOUSTON, B. K. (1981). The Type A behavior pattern, sex differences, and cardiovascular response to recovery from stress. *Motivation and Emotion*, 5, 201-214.

JULIUS, S. (1981). The psychophysiology of borderline hypertension. En H. Weiner, M.A. Hofer y A.J. Stunkard (Eds.), *Brain, Behavior, and Bodily Disease*. New York: Raven Press.

-
- JULIUS, S. y COTTIER, Ch. (1983). Behavior and hypertension. En Th.M. Dembroski, Th.h. Schmidt y G. Blumchen (Eds.), *Biobehavioral Bases of Coronary Heart Disease*. Basel: Karger.
- JULIUS, S. y ESLER, M. (1975). Autonomic nervous cardiovascular regulation in borderline hypertension. *The American Journal of Cardiology*, 36, 685-696.
- JULIUS, S. y SCHORK, M. A. (1971). Borderline hypertension. A critical review. *Journal of Chronic Diseases*, 23, 723-754.
- KAMIN, L.; BRIMER, J. y BLACK, A. H. (1963). Conditioned suppression as a monitor of fear of the CS in the course of avoidance training. *Journal Comp. Physiological Psychology*, 56, 497-501.
- KANNEL, W. B. (1977). Importance of hypertension as a major risk factor in cardiovascular disease. En J. Genest, E. Koiw y O. Kuchel (Eds.), *Hypertension: Physiopathology and Treatment*. New York: McGraw-Hill.
- KANNER, A. D.; COYNE, J. C.; SCHAEFER, C. y LAZARUS, R. S. (1981). Comparison of two modes of stress measurement: Daily hassles and uplifts versus major life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 1-39.
- KAPLAN, M. N. (1980). *Hipertensión clínica*. Mexico: El manual Moderno.
- KATKIN, E. S. (1965). Relationship between manifest anxiety and two types of autonomic response to stress. *Psychological Reports*, 20, 324-333.

- KAWASAKI, T.; DELEA, C. S.; BARTTER, F. C. y SMITH, H. (1978). The effect of high-sodium and low-sodium intakes on blood pressure and other relates variables in human subjects with idiopathic hypertension. *American Journal of Medicine*, 64, 193-198.
- KIRSNER, J. B. (1968). Peptic ulcer: A review of the current literature on various clinical aspects. *Gastroenterology*, 54, 610-618.
- KLERMAN, G. L. (1987). Overview: Anxiety and somatoform disorders. En G.L. Tischler (Ed.), *Diagnosis and classification in psychiatry. A critical appraisal of DSM-III*. Cambridge: University Press.
- KRINGLEN, E. (1986). Psychosocial aspects of coronary heart disease. *Acta Psychiatrica Scand.*, 74, 225-237.
- KROHNE, H. W. y ROGNER, J. (1982). Repression-sensitization as a central construct in coping research. En H.W. Krohne y L. Laux (Eds.), *Achievement, stress, and anxiety*. New York: Hemisphere McGraw-Hill.
- KUBEJ, P. y KORAN, M. (1989). Personality characteristics of hypertensive patients. *Cas. Lek. Cesk.*, 128, 186-188.
- LABRADOR, F. J. (1992). *El estrés. Nuevas técnicas para su control*. Madrid: Ed. Temas de Hoy.
- LABRADOR, F. J.; CRUZADO, J. A. y VALLEJO, M. A. (1987). Trastornos asociados al stress y su tratamiento. En J. M. Buceta (Ed.), *Psicología clínica y salud: aplicación de estrategias de intervención*. Madrid: UNED.

-
- LACEY, J. (1967). Somatic response patterning and stress: Some revisions of activation theory. En M.H. Appley y T. Trumbull (Eds.), *Psychological stress: Issues in research*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- LACEY, J. I. (1982). Regulatory physiology and biofeedback. En L. White y B. Tursky (Eds.), *Clinical biofeedback: Efficacy and mechanisms*. New York: Guilford.
- LACEY, J. y LACEY, B. (1958). Verification and extension of de principle of autonomic response-stereotipy. *American Journal of Psychology*, 71, 50-73.
- LACEY, J. y LACEY, B. (1962). The law of initial value in the longitudinal study of anatomic constitution. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 98, 1257-1290.
- LACHMAN, S. (1972). *Psychosomatic Disorders: A Behavioristic Interpretation*. New York: John Wiley.
- LANCE, J. W. (1973). *The mechanism and management of headache*. London: Ed. Butterworth.
- LANG, P. J. (1968). Fear reduction and fear behavior: problems in treating a construct. En J.M. Shleien (Ed.), *Research in Psychotherapy, III*. Washington: American Psychological Association.
- LANG, P. J. (1971). The application of psychophysiological methods to the study of psychoterapy and behavior modification. En A. E. Bergin y S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley.

-
- LANG, P. J. (1977). Imagery in therapy: an information processing analysis of fear. *Behavior Therapy*, 8, 862-886.
- LANG, P. J. (1978). Anxiety: Toward a psychophysiological definition. En H.S. Akiskal y W.L. Webb (Eds.), *Psychiatric diagnosis: Exploration of biological predictors*. New York: Spectrum.
- LANG, P. J. y LAZOVIK, A. D. (1963). The experimental desensitization of an animal phobia. *Journal of abnormal and Social Psychology*, 66, 519-525.
- LANGE, C. G. (1885). *The Emotions*. Baltimore: Williams and Wilking.
- LANGELUDDECKE, P.; GOULSTON, K.; TENNANT, C. (1987). Type A behaviour and other psychological factors in peptic ulcer disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 31, 335-340.
- LARAGH, J. H.; CASE, D. B.; ATLAS, S. A. y SEALEY, J. E. (1980). Captopril compared with other antirenin system agents in hypertensive patients: Its triphasic effects on blood pressure and its use to identify and treat the renin factor. *Hypertension*, 2, 586-593.
- LAZARUS, A. A. (1971). *Behavior therapy and beyond*. New York: McGraw-Hill.
- LAZARUS, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.
- LAZARUS, R. S. (1967). Cognitive and personality factors underlying threat and coping. En M.H. Appley y T. Trumbull (Eds.), *Psychological stress: Issues in research*. New York: Appleton-Century-Crofts.

- LAZARUS, R. S. (1968). Emotions and adaptation: conceptual and empirical relations. En W.J. Arnold (Ed.), *Nebraska Symposium on Motivation*. University of Nebraska Press.
- LAZARUS, R. S. (1969). *Patterns of adjustment and human effectiveness*. New York: McGraw-Hill.
- LAZARUS, R. S. (1977). Cognitive and coping processes in emotion. En A. Monat y R. Lazarus (Eds.), *Stress and Coping: An Anthology*. New York: Columbia University Press.
- LAZARUS, R. S. (1984). Puzzles in the study of daily hassles. *Journal of Behavioral Medicine*, 7, 375-389.
- LAZARUS, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.
- LAZARUS, R. S. y COHEN, J. B. (1977). Environmental stress. En I. Altman y J.F. Wohlwill (Eds.), *Human behavior and the environment: Current theory and research*. New York: Plenum Press.
- LAZARUS, R. S. y FOLKMAN, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company. Inc.
- LAZARUS, R. S. y FOLKMAN, S. (1986). *Stress y procesos cognitivos*. Barcelona: Ediciones Martinez Roca. (V.O. 1984).
- LEVENSON, J. L.; MISRA, A.; HAMER, R. M. y HASTILLO, A. (1989). Denial and medical outcome in unstable angina. *Psychosomatic Medicine*, 51, 25-37.

- LEVENTHAL, H. (1970). Findings and theory in the study of fear communications. En L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology*, vol. 5. New York: Academic Press.
- LEVINE, S. WEINBERG, J. y URSIN, H. (1978). Definition of the coping process and statement of the problem. En H. Ursin, E. Baade y S. Levine (Dirs.), *Psychobiology of stress*. New York: Academic Press.
- LINDSLEY, B. D. (1951). Emotion. En S.S. Stevens (Ed.), *Handbook of experimental psychology*, 473-516. New York: Wiley.
- LIPOWSKI, Z. J. (1977). Psychosomatic medicine in the seventies: An overview. *American Journal Psychiatry*, 134, 233-244.
- LIPOWSKI, Z. J. (1986). Psychosomatic Medicine: Past and Present. Part I. *Canadian Journal Psychiatry*, 31, 2-13. Historical Background.
- LIPP, M. R.; LOONEY, J. G. y SPITZER, R. L. (1977). Classifying psychophysiologic disorders: A new idea. *Psychosomatic Medicine*, 39, 285-287.
- LITTLE, P. A. (1986). *Effects of a stressful movie and music on mood and physiological arousal in relation to sensation seeking*. Tesis Doctoral, University of Delaware, Newark.
- LOPEZ, F. G. Y THURMAN, C. W. (1986). A cognitive behavioral investigation of anger among college students. *Cognitive Therapy and Research*, 10, 245-256.

- LOPEZ IBOR, J. J. (1969). *La neurosis como enfermedad del ánimo*. Madrid: Gredos.
- LUMSDEN, D. P. (1981). Is the concept of stress of any use anymore?. En D. Randall (Ed.), *Contributions to primary prevention in mental health: Working papers*. Toronto: Toronto National Office of the Canadian Mental Health Association.
- LUNDBERG, U. (1982). Psychophysiological aspects of performance and adjustment to stress. En H.W. Krohne y L. Laux (Eds.), *Achievements, stress, and anxiety*. New York: Hemisphere/McGraw-Hill.
- LUND-JOHANSEN, P. (1977). Hemodynamics response to exercise in patients with arterial hypertension. *Acta Medica Scandinavica* (supl. 606), 35-42.
- LUND-JOHANSEN, P. (1979). Spontaneous changes in central hemodynamics in essential hypertension. A 10 years follow-up study. En G. Onesti y C.R. Klimt (Eds.), *Hypertension: Determinants, complications and interventions*. New York: Grune & Stratton.
- LUND-JOHANSEN, P. (1980). Hemodynamics in essential hypertension. State of the art review. *Clinical Science*, 59, 343 S-354 S.
- MAGNI, G.; DI-MARIO, F.; CONLON, P. y NACCARATO, R. (1987). Personality patterns and duodenal ulcer relapse under antisecretory treatment. *Canadian Journal of Psychiatry*, 32, 777-778.
- MAGNI, G.; DI-MARIO, F.; TRINCIARELLI, G.; CONLON, P. (1986). Personality pattern of patients with chronic gastric ulcer: A case control study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 46, 152-156.

- MAGNUSON, D. (1982). Situational determinants of stress: An interactional perspective. En L. Goldberger y S. Bresnitz (Eds.), *Handbook of stress*. New York: Free Press.
- MAHER, B. A. (1978). *Principios de psicopatología*. México: McGraw- Hill.
- MAHL, G. F. (1949). Anxiety, HCL secretion, and peptic ulcer etiology. *Psychosomatic Medicine*, 11, 30-44.
- MAHL, G. F. (1952). Relationship between acute and chronic fear and the gastric acidity and blood sugar levels in Macaca mulatta monkeys. *Psychosomatic Medicine*, 14, 182-210.
- MAHL, G. F. (1953). Physiological changes during chronic fear. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 56, 240-249.
- MALMO, R. B. y SHAGASS, C. (1949). Physiologic study of symptom mechanisms in psychiatric patients under stress. *Psychosomatic Medicine*, 11, 25-29.
- MALMO, R.; SHAGASS, C.; DAVIS, J. (1950). A method for the investigation of somatic response mechanisms in psychoneurosis. *Science*, 112, 325-328.
- MANDLER, G. (1975). *Mind and emotion*. New York: John Wiley.
- MANDLER, G. (1988). Historia y desarrollo de la psicología de la emoción. En J. Mayor (Ed.), *Psicología de la emoción*. Valencia: Promolibro. (V.O. 1979).

-
- MANUCK, S. B.; CRAFT, S. y GOLD, H. J. (1978). Coronary-prone behavior pattern and cardiovascular response. *Psychophysiology*, 15, 403-411.
- MANUCK, S. B. y PROIETTI, J. M. (1982). Parental hypertension and cardiovascular response to cognitive and isometric challenge. *Psychophysiology*, 19, 481-489.
- MARKS, I. (1986). *Tratamiento de neurosis*. Barcelona: Martinez Roca.
- MARTIN, M. D. (1993). *Factores emocionales en el riesgo de trastornos coronarios*. (Tesis doctoral, en prensa).
- MARTINEZ, J. L. y GIL, V. (1989). Influencia de los grados de ansiedad en la hipertensión arterial. *Hipertensión*, 6, 249.
- MASON, J. W. (1971). A re-evaluation of the concept of non-specificity in stress theory. *Journal of Psychiatric Research*, 8, 323-333.
- MASON, J. W.; MAHER, J. T.; HARTLEY, L. D.; MOUGEY, E.; PERLOW, M. J. y JONES, L. G. (1976). Selectivity of corticosteroid and catecholamine response to various natural stimuli. En G. Serban (Ed.), *Psychopathology of human adaptation*. New York: Plenum Press.
- MATARAZZO, J. D. (1982). Behavioral Health's challenge to academic, scientific and professional psychology. *American Psychologist*, 37, 1-14.
- MATARAZZO, J. D.; WEISS, S. M.; HERD, J. A.; MILLER, N. E. (1984). *Behavioral health*. New York: John Wiley & Sons.

- MATTHEWS, K. A. (1988). Coronary heart disease and Tipe A behaviors: Update on and alternative to the Booth-Kewley and Friedman (1987) quantitative review. *Psychological Bulletin*, 104, 373-380.
- MATTHEWS, K. A.; GLASS, D. C.; ROSENMAN, R. H. y BORTNER, R. W. (1977). Competitive drive, pattern A, and coronary heart disease: A further analysis of some data from the Western Collaborative Group Study. *Journal of Chronic Disease*, 30, 489-498.
- MAY, R. (1950). *The Meaning of anxiety*. New York: Ronals Press.
- McGRATH, J. E. (1970a). A conceptual formulation for research on stress. In J.E. McGrath (Ed.), *Social and psychological factors in stress*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- McGRATH, J. E. (1970b). Major methodological issues. En J.E. McGrath (Ed.), *Social an psychological factors in stress*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- McREYNOLDS, P. (1975). *Advances in psychological assessment*, vol 3. San Francisco Jossey-Bass.
- MECHANIC, D. (1974). Social structure and personal adaptation: Some neglected dimensions. En G.V. Coelho, D.A. Hamburg y J.E. Adams (Eds.), *Coping and adaptation*. New York: Basic Books.
- MEICHENBAUM, D. (1977). *Cognitive-behavior modification: An integrative approach*. New York: Plenum Press.

- MEICHENBAUM, D. y TURK, D. (1982). Stress, coping and disease. En R. Neufel (Ed.), *Psychological stress and psychopathology*. New York: McGraw-Hill.
- MENDEZ, J. M. (1993). *Hipertensos arteriales esenciales versus normotensos: influencia de ciertas características psicológicas*. Universitat de Valencia. Tesis Doctoral.
- MESSERLI, F. H.; CHRISTIE, B.; DeCARVALHO, J. G.; ARISTIMUÑO, G. G.; SUAREZ, D. H.; DRESLINSKI, G. R. y FROHLICH, E. D. (1981). Obesity and essential hypertension: Hemodynamics, intravascular volume, sodium excretion, and plasma renin activity. *Archives of International Medicine*, 141, 81-85.
- MIGUEL-TOBAL, J. J. (1985). *Evaluación de respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras de ansiedad: elaboración de un instrumento de medida (ISRA)*. Ed. U. C. M. Madrid. Tesis Doctoral
- MIGUEL-TOBAL, J. J. (1990). La ansiedad. En J.L. Pinillos y J. Mayor (Eds.), *Tratado de Psicología General. Vol: Motivación y Emoción*. Madrid: Alhambra.
- MIGUEL-TOBAL, J. J. (1993). Ansiedad y trastornos cardiovasculares. Comunicación presentada en el III Congreso Internacional "Latini Dies" de las Asociaciones de Terapia Comportamental y Cognitiva de los Países de Lengua Latina. Toulouse, 6-8 Mayo.
- MIGUEL-TOBAL, J. J. y CANO, A. (1984). Desarrollo de un inventario de situaciones y respuestas de ansiedad. *Libro de Comunicaciones I Congreso, COP*, 253-256.

- MIGUEL-TOBAL, J. J. y CANO, A. (1985). Evaluación de respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras de ansiedad. *Informes de Psicología*, 4, 3, 249-259.
- MIGUEL-TOBAL, J. J. y CANO, A. (1986). *Manual del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad -ISRA-*. Madrid: TEA.
- MIGUEL-TOBAL, J. J. y CANO, A. (1988) . *Manual del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad -ISRA-*. (Segunda edición revisada con inclusión de rasgos específicos de ansiedad. Madrid: TEA.
- MIGUEL-TOBAL, J. J. y CANO, A. (1991). Anxiety and problem solving in normal and psychophysiologically disordered subjects. *II European Congress of Psychology*. Budapest (Hungría), 8-12 de Julio.
- MIGUEL-TOBAL, J. J. y CASADO, M. I. (1992). Solución de problemas personales: elaboración y desarrollo del "Inventario de Solución y Afrontamiento de Problemas -ISAP-". *Investigaciones Psicológicas*, 11, 137-152.
- MILLER, N. E. (1948). Theory and experiment relating psychoanalytic displacement to stimulus-response generalization. *Journal Abnormal Psychology*, 43, 155-178.
- MILLER, N. E. (1951). Learnable drives and rewards. En S.S. Stevens (Ed.), *Handbook of Experimental Psychology*. New York: Wiley.
- MILLER, S. B. (1992). Affective moderators of the cardiovascular response to stress in offspring of hypertensives. *Journal of Psychosomatic Research*, 36, 149-157.

- MIRSKY, I. A. (1958). Physiologic, psychologic, and social determinants in the etiology of duodenal ulcer. *American Journal Digestive Diseases*, 3, 285-314.
- MIRSKY, I. A.; FRITTERMAN, P.; KAPLAN, S. (1952). Blood plasma pepsinogen. II. The activity of the plasma from "normal" subjects, patients with duodenal ulcer and patients with pernicious anemia. *Journal of Laboratory and Clinical Medicine*, 40, 188-195.
- MISCHEL, W. (1968). *Personality and assessment*. New York: Wiley. Traducción al castellano: *Personalidad y evaluación* (1973). Mexico: Trillas.
- MISCHEL, W. (1969). Continuity and change in personality. *American Psychologist*, 24, 1012-1018.
- MISCHEL, W. (1977). On the future of personality measurement. *American Psychologist*, 32, 246-264.
- MOLINA, F. (1981). Stress: la fisiología cerebro-visceral. En A. Puerto Salgado (Ed.), *Psicofisiología*. Madrid: UNED.
- MONAT, A. y LAZARUS, R. S. (1985). *Stress and coping: An anthology* (2nd ed.). New York: Columbia University Press.
- MONES, J. (1988). Características psicosomáticas más relevantes de los pacientes y de las enfermedades del aparato digestivo. En Angera de Sojo (Ed.), *Medicina psicosomática*. Barcelona: Doyma.

- MORUZZI, G. y MOGOUM, H. W. (1949). Brain stem reticular formation and activation of the EEG. *Electroencephalographic Clinical Neurophysiology*, 1, 455-473.
- MOSS, R. y ENGEL, B. T. (1962). Psychophysiological reactions in hypertensive and outthitic patientes. *Journal of Psychosomatic Research*, 6, 227-241.
- MOWRER, O. H. (1939). A stimulus-response analysis of anxiety and its role as a reinforcing agent. *Psychological Review*, 46, 553-556.
- MOWRER, O. H. (1960). *Learning theory and behavior*. New York: John Wiley.
- MYERS, J. y MORGAN, T. (1983). The effect of sodium intake on blood pressure, related to age sex. *Clinical and Experimental Hypertension*, 5, 99-118.
- NEMIAH, J. C. (1973). Psychology and psychosomatic illness. Relections in theory and research methodology. En J. Freyberger (Ed.), *Topics of psychosomatic research. Proceedings of 9th European Conference on Psychosomatic Research*. London: Karger, Basel.
- NEMIAH, J. C. (1975). Denial revisited: Reflections on psychosomatic theory. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 26, 140-147.
- NOVACO, R. (1975). *Anger control: The development and evaluation of an experimental treatment*. Lexington, Mass: D.C. Heath.
- OBERMAN, A. (1989). Epidemiology and prevention of cardiovascular disease. En Kelly (Ed.), *Textbook of Internal Medicine*. Lippincott, Philadelphia.

- OBRIST, P. A. (1981). *Cardiovascular Psychophysiology: A Perspective*. New York: Plenum Press.
- OBRIST, P. A.; GAEBELEIN, C. J.; TELLER, E. S.; LANGER, A. W.; GRIGNOLO, A.; LIGHT, K.C.; McCUBBIN, J. A. (1978). The relationship among heart rate, carotid dP/dt, and blood pressure in humans as a function of the type of stress. *Psychophysiology*, 15, 102-115.
- OBRIST, P. A.; LANGER, A. W.; LIGHT, K. C. y KOEPKE, J. P. (1983). A cardiac-behavioral approach in the study of hypertension. En T. Dembroski; T.H. Schmidt y G. Blumchen (Eds.), *Biobehavioral Bases of Coronary Heart Disease*. Basel: Karger.
- OBRIST, P. A.; LIGHT, K. C.; JAMES, Sh. A. y STROGATZ, D. S. (1987). Cardiovascular responses to stress: I measures of myocardial response and relationship to high resting systolic pressure and parental hypertension. *Psychophysiology*, 24, 65-78.
- OHMAN, A. (1987). The psychophysiology of emotion: An evolutionary-cognitive perspective. En P.K. Ackles, J.R. Jennings y M.G. Coles (Eds.), *Advances in Psychophysiology*, vol. 2. Greenwich: CT. JAT Press.
- OKEN, D. (1985). Gastrointestinal disorders. En H.I. Kaplan y B. Sadock (Eds.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (4ta edic.). Baltimore: Williams and Wilkins.
- OLIVER, W. J.; COHEN E. L. y NELL, J. V. (1975). Blood pressure, sodium intake and sodium related hormones in Yanomamos Indians, a "no-salt" culture. *Circulation*, 52, 146-151.

- OLWEUS, D. (1977). A critical analysis of the "modern" interactionist position. En D. Magnusson y N.S. Endler (Eds.), *Personality at the crossroads: Current issues in interaction psychology*. Hillsdale, New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- O.M.S. (1974). Prevención y lucha contra las enfermedades cardiovasculares-2. *Crónica de la O.M.S.*, 28, 126-137.
- O.M.S. (1992). *The ICD-10 Classification of mental and Behavioral Disorders: Diagnostic criteria for research* (Ed. española). Madrid: Meditor.
- O'NEIL, H. F.; SPIELBERGER, C. D. y HANSEN, D. N. (1969). Effects of state anxiety and task difficulty on computer-assisted learning. *Journal of Educational Psychology*, 34, 343-350.
- OPTON, E. M. y LAZARUS, R. S. (1967). Personality determinants of psychophysiological response to stress: A theoretical analysis and an experiment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 6, 291-303.
- OVERTON, W. F. y REESE, H. W. (1973). Models of development: Methodological implications. en J.R. Nesselroade y H.W. Reese (Eds.), *Life span developmental psychology: Methodological issues*. New York: Academic Press.
- PAGE, I. H. (1977). Some regulatory mechanisms of renovascular and essential arterial hypertension. En J. Genes, E. Koiw y O. Kucher (Eds.), *Hypertension: Psychopathology and treatment*. New York: McGraw-Hill.

-
- PAGE, L. B. (1976). Epidemiologic evidence on the etiology of human hypertension and its possible prevention. *American Heart Journal*, 91, 527-534.
- PAGOTTO, U.; FALLO, F.; FAVA, G. (1992). Anxiety sensitivity in essential hypertension. *Stress Medicine*, 8, 113-115.
- PATERSON, R. J. y NEUFELD, R. W. (1989). "The stress response and parameters of stressful situations". En R.W. Neufeld (Ed.), *Advances in the investigation of psychological stress*. New York: John Wiley.
- PAUL, O. (1977). Epidemiology of hypertension. En J. Genes, E. Koiv y O. Kucher (Eds.), *Hypertension: Psychopathology and treatment*. New York: McGraw-Hill.
- PENNEBAKER, J. W.; GONDER-FREDERIC, L.; STEWART, H.; ELFMAN, L. y SKELTON, J. A. (1982). Physical symptoms associated with blood pressure. *Psychophysiology*, 19, 201-210.
- PICKERING, G. W. (1967). The inheritance of arterial pressure. En J. Stamler, R. Stamler y N. Pullman (Eds.), *The Epidemiology of the Hypertension*. New York: Grune & Stratton.
- PICKERING, G. W. (1977). Personal views on mechanisms of hypertension. En J. Genes, E. Koiv y O. Kucher (Eds.), *Hypertension: Psychopathology and treatment*. New York: McGraw-Hill.
- PILOT, M. L.; LENKOSKI, L. D.; SPIRO, H. M.; SCHAEFFER, R. (1957). Duodenal ulcers in one of identical twins. *Psychosomatic Medicine*, 19, 221-229.

- PINILLOS, J. L. (1973): *Cuestionario de Personalidad -CEP-*. TEA Ediciones.
- PLUTCHIK, R. (1980). *Emotion: A psychoevolutionary synthesis*. New York: Harper & Row.
- POMERLEAU, V. F. y BRADY, J. P. (1979). *Behavioral Medicine: Theory and practice*. Baltimore: Williams and Wilkins.
- PURCELL, K.; BRADY, K.; CHAI, H.; MUSER, J.; MOLK, L.; GORDON, U.; MEANS, J. (1969). The effect on asthma in children of experimental separation from the family. *Psychosomatic Medicine*, 31, 144-164.
- RABINAD, E. (1991). Personalidad e hipertensión arterial. Estudio comparativo frente a individuos sanos y enfermos crónicos. *Hipertensión*, 8, supl.1.
- RADMACHER, S. A. y SHERIDAN, C. L. (1989). The global inventory of stress: A comprehensive approach to stress assessment. *Medical Psychotherapy: An International Journal*, 2, 183-185.
- RAPPAPORT, H. y KATKIN, E. S. (1972). Relationships among manifest anxiety response to stress, and the perception of autonomic activity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 38, 219-224.
- REDFIELD, J. y STONE, A. (1979). Individual viewpoints of stressful life events. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 21, 339-349.
- REDMON, D. E. y HUANG, Y. H. (1979). New evidence for a locus coeruleus-norepinephrine connection with anxiety. *Life Sciences*, 25, 2149-2162.

-
- REIG, A. (1981). Medicina comportamental: desarrollo y líneas de intervención. *Análisis y Modificación de Conducta*, 14, 99-160.
- RESS, L. (1964). The importance of psychological, allergic, and infective factors in childhood asthma. *Schizophrenia Bulletin*, 8, 1-11.
- ROGERS, C. R. (1951). *Client-centeret therapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- ROGERS, C. R. y KINGET, M. (1967). *Psicoterapia y relaciones humanas. Teoría y práctica de la terapia no directva*. Alfaguara.
- ROSEN, E. y GREGORY, I. (1965). *Abnormal psychology*. Philadelphia: Saunders.
- ROSENMAN, R. H. (1978). The interview method of assessment of the coronary-prone behavior pattern. En Th. Dembroski, S.M. Weiss, J.L. Shields, S.G. Haynes y M. Feinleib (Eds.), *Coronary Prone Behavior*. New York: Springer-Verlag.
- ROSENMAN, R. H. (1988). The impact of certain emotion in cardiovascular disorders. En M.P. Janisse (Ed.), *Individual differences, stress, and health psychology*. New York: Springer-Verlag.
- ROSENMAN, R. H. (1991). Does anxiety or cardiovascular reactivity have a causal role in hypertension?. Meeting of the American Institute of Stress. *Integrative Physiological and Behavioral Science*, 26, 296-304.

- ROSENMAN, R. M.; BRAND, R. J.; SHOLTZ, R. I. y FRIEDMAN, M. (1976). Multivariate prediction of coronary heart disease during 8.5 years follow-up in the Western Collaborative Group Study. *American Journal of Cardiology*, 37, 903-910.
- ROSENMAN, R. M.; FRIEDMAN, M.; STRAUS, R.; JENKINS, C. D.; ZYZANSKI, S. J. y WURM, M. (1964). A predictive study of coronary heart disease: The Western Collaborative Group Study. *Journal of American Medical Association*, 189, 15-22.
- ROSENMAN, R. M. y HJEMDAHL, P. (1991). Is there a causal relationship of anxiety, stress or cardiovascular reactivity to hypertension?. *Stress Medicine*, 7, 153-157.
- ROUTTEMBERG, (1968). The two arousal hypothesis: reticular formation and limbic system. *Psychological Review*, 75, 51-80.
- RUSSEK, H. I. y RUSSEK, L. G. (1976). Is emotional stress an etiologic factor in coronary heart disease. *Psychosomatics*, 17, 63-67.
- SACKETT, D. L. (1975). Studies of blood pressure in spouses. En O. Paul (Ed.), *Epidemiology and Control of Hypertension*. New York: Stratton Intercontinental Medical Book.
- SAFAR, M. E.; WEISS, Y. A.; LEVENSON, J. A.; LONDON, G. M. y MILLIEZ, P. L. (1973). Hemodynamic study of 85 patients with borderline hypertension. *The American Journal of Cardiology*, 31, 315-319.

-
- SARASON, I. G. (1978). The test anxiety scale: Concept and research. En C.D. Spielberger y I.G. Sarason (Eds.), *Stress and Anxiety*. vol. 5. Washington: Hemisphere.
- SARASON, I. G. (1984). Stress, anxiety and cognitive interference: Reaction to test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 929-938.
- SARASON, I. G. (1985). Cognitive processes, anxiety and the treatment of anxiety disorders. En H. Tuma y J. Maser (Eds.), *Anxiety and anxiety disorders*. Hillsdale, New York: LEA.
- SARASON, I. G.; JOHNSON, J. H. y SIEGEL, J. M. (1978). Assessing the impact of life changes: Development of the Life Experiences Survey. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 932-946.
- SARASON, I. G. y SPIELBERGER, C. D. (Eds.) (1975). *Stress and anxiety*. New York: Wiley.
- SAUL, L. J. (1976). *The psychodynamics of hostility*. New York: Jason Aronson.
- SCHACHTER, S. (1964). The interaction of cognitive and physiological determinants of emotional state. En L. Berkowitz (Ed.), *Advances in Experimental Social Psychology*. vol. 1. New York: Academic Press.
- SCHACHTER, S. (1966). The interaction of Cognitive and Physiological Determinants of an Anxiety State. En C.D. Spielberger (Ed.), *Anxiety and Behavior*. New York: Academic Press.
- SCHACHTER, S. (1971). *Emotions, obesity and crime*. New York: Academic Press.

-
- SCHACHTER, S. (1972). *Emotion, obesity and crime*. New York: Academic Press.
- SCHACHTER, S. y SINGER, J. E. (1962). Cognitive, social, and physiological determinants of emotions state. *Psychological Review*, 69, 379-399.
- SCHACHTER, S. y SINGER, J. E. (1979). Comments on the Maslach and Marshall-Zimbardo experiments. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 989-995.
- SCHALLING, D. y SVENSSON, J. (1984). Blood pressure and personality. *Personality and Individual Differences*, 6, 151-160.
- SCHERIDAN, Ch. L. y RADMACHER, S. A. (1992). *Health psychology: Challenging the Biomedical Model*. New York: John Wiley & sons, Inc.
- SCHMIDT-ATZERT, L. (1985). *Psicología de las emociones*. Barcelona: Editorial Herder.
- SCHULZ, P. y SCHÖNPFLUNG, W. (1982). Regulatory activity during states of stress. En H.W. Krohne y L. Laux (Eds.), *Achievements, stress, and anxiety*. New York: Hemisphere/McGraw-Hill.
- SCHULTZ, S. D. (1954). A differentiation of several forms of hostility by scales empirically constructed from significant items on the MMPI. *Disertation Abstracts*, 17, 717-720.

- SCHULL, W. J.; HARBURG, E.; ERFURT, J. C.; SCHORK, M. A. y RICE, R. (1970). A family set method for estimating heredity and stress: II. Preliminary results of the genetic methodology in a pilot survey of Negro blood pressure, Detroit, 1966-1967. *Journal of Chronic Disease*, 23, 83-92.
- SCHWARTZ, G. E. (1977). Biofeedback and the management of dysregulation disorders. En R. Stuart (Ed.), *Behavioral self management strategies, techniques and outcomes*. New York: Brunner-Mazel.
- SCHWARTZ, G. E. (1979). The brain as a health care system. En C.G. Stone, F. Cohen y N.E. Adler (Eds.), *Health psychology A handbook: Theories, applications and challenges of a psychological approach to the health care systems*. San Francisco: Jossey-Bass.
- SCHWARTZ, G. E. y WEISS, S. M. (1978a). Yale conference on behavioral medicine: A proposed definition and statement of goals. *Journal of Behavioral Medicine*, 1, 3-12.
- SCHWARTZ, G. E. y WEISS, S. M. (1978b). Behavioral medicine revisited: An amended definition. *Journal of Behavioral Medicine*, 3, 249-251.
- SCHWARTZ, M. (1983). *Psicología fisiológica*. Madrid: Alhambra Universidad.
- SELIGMAN, M. E. (1971). Phobias and preparedness. *Behavior Therapy*, 2, 307-321.
- SELYE, H. (1936). A syndrome produced by diverse noxious agents. *Nature*, 138, 32.
- SELYE, H. (1956). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill. (Ed. rev. 1976).

-
- SELYE, H. (1973). The evolution of the stress concept. *American Scientist*, 61, 692-699.
- SELYE, H. (1975). *Stress without distress*. New York: New American Library.
- SELYE, H. (1976). *Stress in health and disease reading*. Butter worth's, Mass.
- SELYE, H. (1980). *Selye's guide to stress research* (vol. 1). New York: Van Nostrand Reinhold.
- SELYE, H. (1987a). Cómo opera la respuesta del organismo al stress. En S. Bensabat (Ed.), *Stress. Grandes especialistas responden*. Bilbao: Mensajero.
- SELYE, H. (1987b). Qué es el síndrome general de adaptación o S.G.A. En S. Bensabat (Ed.), *Stress. Grandes especialistas responden*. Bilbao: Mensajero.
- SELYE, H. (1987c). Stress y Enfermedades. En S. Bensabat (Ed.), *Stress. Grandes especialistas responden*. Bilbao: Mensajero.
- SHAPIRO, A. P. (1961). An experimental study of comparative responses of blood pressure to different noxious stimuli. *Journal of Chronic Disease*, 13, 293-311.
- SHEKELLE, R. B.; GALE, M.; OSTFELD, A. M. y PAUL, O. (1983). Hostility, risk of coronary heart disease, and mortality. *Psychosomatic Medicine*, 45, 109-114.

-
- SIFNEOS, P. E. (1967). Clinical observations in some patients suffering from a variety of psychosomatic diseases. *Proceedings of the 7th European Conference on Psychosomatic Research*. London: Karger, Basel.
- SIMS, E. A. (1977). Mechanisms of hypertension in the overweight. *Hypertension*, 4 (supl. III) 43-49.
- SINGER, J. L. (1984). *The human personality*. Toronto: Harcourt, Brace, Jovanovich.
- SOKOLOV, E. I.; PODACHIN, V. P. y BELOVA, E. V. (1983). *Emotional stress and cardiovascular response*. Moscu: Mir Publishers.
- SOMMERS-FLANAGAN, J. y GREENBERG, R. P. (1989). Psychosocial variables and hypertension: A new look at old controversy. *Journal Ner. Mental Disease*, 177, 15-24.
- SPENCE, K. W. (1956). *Behavior theory and conditioning*. New Haven: Yale University Press.
- SPENCE, K. W. (1958). A theory of emotionally based drive and its relation to performance in simple learning situations. *American Psychologist*.
- SPENCE, K. W. y SPENCE, J. T. (1966a). The Motivational components of manifest anxiety: drive and drive stimuli. En C.D. Spielberger (Ed.), *Anxiety and Behavior*. New York: Academic Press.
- SPENCE, K. W. y SPENCE, J. T. (1966b). Sex and anxiety differences in eyelid conditioning. *Psychological Bulletin*, 65, 137-142.

-
- SPENCE, K. W. y TAYLOR, J. (1951). Anxiety and strenght of the vcs determiners of the amount of eyelid conditioning. *Journal of Experimental Psychology*, 42, 183-188.
- SPIELBERGER, C. D. (1966). *Anxiety and behavior*. New York: Academic Press.
- SPIELBERGER, C. D. (1966b). The effects of anxiety on complex learning and academic achievement. En C.D. Spielberger (Ed.), *Anxiety and Behavior*. New York: Academic Press.
- SPIELBERGER, C. D. (Ed.) (1972). *Anxiety: Currents Trends in Theory and Research. Vol. 1*. New York: Academic Press.
- SPIELBERGER, C. D. (1972a). Currents Trends in Theory and Research on Anxiety. En C.D. Spielberger (Ed.), *Anxiety: Currents Trends in Theory and Research. Vol. 1*. New York: Academic Press.
- SPIELBERGER, C. D. (1972b). Anxiety as an emotional state. En C.D. Spielberger (Ed.), *Anxiety: Currents Trends in Theory and Research. Vol. 1*. New York: Academic Press.
- SPIELBERGER, C. D. (1972c). Conceptual and Methodological Issues in Anxiety Research. En C.D. Spielberger (Ed.), *Anxiety: Current Trends in Theory and Research, vol. 2*. New York: Academic Press.
- SPIELBERGER, C. D. (1976). The nature and measurement of anxiety. En C.D. Spielberger y R. Diaz-Guerrero (Eds.), *Cross cultural anxiety*. Washington, DC: Hemisphere Publishing Corporation.

-
- SPIELBERGER, C. D. (1988). *State-Trait Anger Expression Inventory*. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources Inc.
- SPIELBERGER, C. D. (1991). *Manual for the State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI)*. Revised Research Edition. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources, Inc.
- SPIELBERGER, C. D.; GORSUCH, R. L. y LUSHENE, R. E. (1970): *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychologist Press, Palo Alto, California.
- SPIELBERGER, C. D.; JACOBS, G.; RUSSELL, S. F. y CRANE, R. S. (1983). Assessment of anger: The State-Trait Anger Scale. En J.N. Butcher y C.D. Spielberger (Eds.), *Advances in personality assessment* (vol. 2). Hillsdale, N.J.: LEA.
- SPIELBERGER, C. D.; JOHNSON, E. H.; RUSSELL, S. F.; CRANE, R. J.; JACOBS, G. A. y WORDEN, T. J. (1985). The experience and expression of anger: Construction and validation of Anger Expression Scale. En M.A. Chesney y R.H. Rosenman (Eds.), *Anger and hostility in cardiovascular and behavioral disorders*. New York: Hemisphere/McGraw-Hill.
- SPIELBERGER, C. D.; KRASNER, S. y SOLOMON, E. (1988). The experience, expression, and control of anger. En M.P. Janisse (Comp.), *Individual differences and stress*. New York: Springer Verlag.
- SPIELBERGER, C. D. y SARASON, I. G. (Ed.) (1975). *Stress and anxiety*. New York: Wiley.

- SREEDHAR, K. P. (1989). Nature of anxiety in peptic ulcer. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 16, 5-8.
- STARK, R. S. y DEFFENBACHER, J. L. (1986a). *Reactions of high and low trait anger individuals when provoked*. Comunicación presentada a la Colorado Psychological Association, Fort Collins, Colorado.
- STARK, R. S. y DEFFENBACHER, J. L. (1986b). *General anger and self-concept*. Comunicación presentada en la Rocky Mountain Psychological Association, Denver, Colorado.
- STERN, R. M.; RAY, W. J. y DAVIS, C. M. (1980). *Psychophysiological recording*. New York: Oxford University Press.
- STERNBACH, R.A. (1966). *Principles of psychophysiology*. New York: Academic Press.
- STORY, D. y DEFFENBACHER, J. L. (1986). *A test of state trait anger theory*. Comunicación presentada en la Rocky Mountain Psychological Association, Denver, Colorado.
- STOYVA, J. (1976). Self-regulation and stress-related disorders: A perspective on biofeedback. En D.I. Mostofsky (Ed.), *Behavior control and modification of physiological activity*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- STOYVA, J. (1977). Why should muscular relaxation be clinically useful?. En J. Beatty (Ed.), *Nato Symposium on biofeedback and behavior*. New York: Plenum Press.

- STOYVA, J. y BUDZINSKY, T. (1974). Cultivated low arousal: An anti-stress response?. En L. DiCara (Ed.), *Recent advances in limbic and autonomic nervous system research*. New York: Plenum Press.
- STRELEAU, J. (1985). Diversity of personality dimensions based on arousal theories: Need for integration. En J.T. Spence y C.E. Izard (Eds.), *Motivation, emotion and personality*. Amsterdam: North Holland.
- STRELEAU, J. (1987). Personality dimensions based on arousal theories: Search for integration. En J. Streleau y H.J. Eysenck (Eds.), *Personality dimensions and arousal*. New York: Plenum Press.
- STRELEAU, J. (1988). Temperamental dimensions as co-determinants of resistance to stress. En M.P. Janisse (Ed.), *Individual differences, stress, and health psychology*. New York: Springer-Verlag.
- STRELEAU, J. y EYSENCK, H. J. (Eds.) (1987). *Personality dimensions and arousal*. New York: Plenum Press.
- STRONGMAN, K. T. (1978). *The psychology of emotion*. Chichester: Wiley.
- SUAREZ, E. C. y WILLIAMS, R. B. (1990). The relationships between dimensions of hostility and cardiovascular reactivity as a function of task characteristics. *Psychosomatic Medicine*, 52, 558-570.
- SULLIVAN, H. S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. Nueva York: Norton.

-
- SUSLOVA, E. A. y ALEXANDROVA, V. Y. (1988). Psychological correlates of elevated arterial pressure and smoking in adolescent. *Cor. Vasa*, 30, 275-282.
- TASTO, D. L.; CHESNEY, M. A. y CHADWICH, J. H. (1978). Multi-dimensional analysis of coronary-prone behavior. En Th. Dembroski, S.M. Weiss, J.L. Shields, S.G. Haynes y M. Feinleib (Eds.), *Coronary Prone Behavior*. New York: Springer-Verlag.
- TAYLOR, J. A (1951). The relationship of anxiety to the conditioned eyelid response. *Journal of Experimental Psychology*, 41, 81-92.
- TAYLOR, J. A. (1956). Drive theory and manifest anxiety. *Psychological Bulletin*, 53, 303-320.
- TAYLOR, J. A. y SPENCE, K. W. (1952). The relationship of anxiety level to performance in serial learning. *Journal of Experimental Psychology*, 44, 61-64.
- TAYLOR, S. G. (1986). *Health psychology*. New York: Random House.
- TENNANT, C. (1988). Psychosocial cause of duodenal ulcer. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 22, 195-201.
- TENNANT, C. y GOULSTON, K. (1986). Psychological correlates of gastric and duodenal ulcer disease. *Psychological Medicine*, 16, 365-371.

- THAILER, S. A.; FRIEDMAN, R.; HARSFIELD, G. A. y PICKERING, T. G. (1985). Psychological differences between high-normal and low-renin hypertension. *Psychosomatic Medicine*, 47, 294-297.
- THOMAS, E. y DE WALD, L., (1977). Experimental neurosis: neuropsychological analysis. En M.E. Seligman y J.D. Maser (Dirs.), *Psychopathology: experimental models*. San Francisco: Freeman.
- THOMPSON, G. J. (1988). *The psychobiology of emotions*. New York: Plenum Press.
- THOMPSON, R. L. (1988). Psychosomatic disorders. En J.A. Talbott, R.E. Hales y S.C. Yudofsky (Eds.), *Textbook of Psychiatry*. Washington: American Psychiatric Press.
- TOBEÑA, A. (1983). Ansiedad y trastornos psicofisiológicos. En M.V. Miyar, T.F. Formenti, A.T. Pallarés y J. Massana (Eds.), *Medicina psicosomática: bases psicológicas y fisiológicas*. Mexico: Trillas.
- TSIKULIN, A. E. (1987). Personality traits of persons with borderline hypertension and patients with essential hypertension. *Kardiologia*, 27 (1), 82-85.
- TUDELA, P. (1985). *Psicología experimental (Unidad IV)*. Madrid: UNED.
- TYROLER, H. A. (1977). The Detroit Project studies of blood pressure: A prologue and review of related studies and epidemiological issues. *Journal of Chronic Disease*, 30, 613-624.

- UPPER, D. y CAUTELA, J. R. (1979). *Covert Conditioning*. Oxford: Ed. Pergamon Press.
- URSIN, H. (1978). Activation, coping and Psychosomatic. En H. Ursin, E. Baade y S. Levine (Drs.), *Psychobiology of stress*. New York: Academic Press.
- URSIN, H.; BAADE, E. y LEVINE, S. (Drs.) (1978). *Psychobiology of stress*. New York: Academic Press.
- VALINS, S. (1966). Cognitive effects of false heart-rate feedback. *Journal of Personality and Social Psychology*, 4, 400-408.
- VALDES, M.; FLORES, T.; TOBEÑA, A. y MASSANA, J. (1983). *Medicina Psicosomática*. Mexico: Ed. Trillas.
- VAN DER PLOEG, H. M.; VAN BUUREN, E. T. y VAN BRUMMELEN, P. (1985). The role of anger in hypertension. *Psychotherapy Psychosomatic*, 43, 186-193.
- VANDERWOLF C. H. y ROBINSON T. E. (1981). Reticulocortical activity and behavior: A critique of the arousal theory and new synthesis. *The Behavioral and Brain Sciences*, 4, 459-514.
- VAN TOLLER, C. (1979). *The nervous body: an introduction to the Autonomic Nervous System and behaviour*. Chichester: John Wiley.
- VILA, J. (1983). Evaluación psicofisiológica. En R. Fernández Ballesteros (Ed.), *Psicodiagnóstico*. Madrid: UNED.

- VILA, J. (1984). Técnicas de reducción de ansiedad. En J. Mayor y F.J. Labrador (Eds.), *Manual de modificación de conducta*. Madrid: Alhambra.
- VILA, J. (1985). Psicofisiología de los estados emocionales y procesos cognitivos. En J. Mayor, (Ed.), *Actividad humana y procesos cognitivos*. Madrid: Alhambra.
- VON KRORRING, L.; ORELAND, L.; y WINBLAND, B. (1984). Personality traits related to monoamide oxidase activity in platelets. *Psychiatry Research*, 12, 11-26.
- WATSON, J. B. y RAYNER, R. (1920). Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 3, 1-14.
- WEINER, H. (1977). *Psychobiology and human disease*. New York: Elsevier.
- WEINER, H. (1979). *Psychobiology of essential Hypertension*. Amsterdam: Elsevier.
- WEINER, H. (1985a). Respiratory disorders. En H.I. Kaplan y B.J. Sadock (Eds.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (4ª edc). Baltimore: Williams and Wilkins.
- WEINER, H. (1985b). The psychobiology and pathophysiology of anxiety and fear. En A.H. Tuma y J.D. Maser (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders*. Hillsdale: L.E.A.

- WEINER, H.; THALER, M.; REISER, M. F.; MURSKY, I. A. (1957). Etiology of duodenal ulcers: 1. Relation of specific psychological characteristics to rate gastric secretion (serum pepsinogen). *Psychosomatic Medicine*, 19, 1-10.
- WEISS, J. M. (1968). Effects of coping response on stress. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 65, 251-260.
- WEISS, J. M. (1972). Psychological factors in stress and disease. *Scientific American*, junio, 104-113.
- WEISS, J. M. (1977). Psychosomatic disorders: Psychological and behavioral influences on gastrointestinal lesions in animal models. En M.E. Seligman y J.D. Maser (Dirs.), *Psychopathology: Experimental models*. San Francisco: Freeman.
- WEISS, J. M. (1980). Factores psicológicos de la tensión y la enfermedad. En R.F. Thompson (Ed.), *Psicología fisiológica*. Ed. Blume.
- WENGER, M. A. y CULLEN, T. D. (1972). Studies of autonomic Balance in children and adults. En N.S. Greenfield y R.A. Sterbach (Dirs.), *Handbook of psychophysiology*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- WENGER, M. A.; JONES, F. N. y JONES, M. H. (1956). Emotional behavior. En D.K. Canland (Dir.), *Emotion: Bodily change*. New York: Van Nostrand, Princeton.
- WIELGOSZ, A. T.; WIWLGOSZ, M.; BIRO, E.; NICHOLLS, E.; MacWILLIAM, L.; HANEY, T. (1988). Risk factors for myocardial infarctions: The importance of relaxation. *Br. Jour. Med. Psychol.* 61, 209-217.

- WILLIAMS, R. B.; HANEY, T. L.; LEE, K. L.; KONG, Y.; BLUMENTHAL, J. A. y WHALEN, R. E. (1980). Type A behavior, hostility and coronary atherosclerosis. *Psychosomatic Medicine*, 42, 539-549.
- WITTKOWER, E. D. y DUDEK, S. Z. (1973). Psychosomatic medicine: The mind-body-society interaction. En B. Wolman (Ed.), *Handbook of general psychology*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- WOLFF, H. G. (1953). Stress and Disease. *Springfield*, 111, Charles C. Thomas.
- WOLF, S. (1965). *The stomach*. New York: Oxford University Press.
- WOLF, S. y WOLFF, H. G. (1947). Human gastric function: An experimental study of a man and his stomach. New York: Oxford University Press.
- WOODWORTH, R. S. y SCHOSBERG, H. (1954). *Experimental Psychology*. New York: Holt.
- YAEGER, J. y WEINER, H. (1970). Observations in man. *Advances in Psychosomatic Medicine*, 6, 40-55.
- YERKES, R. M. y DODSON, J. D. (1908). The relation of strength of stimuli to rapidity of habit-formation. *Journal of Comparative Neurology and Psychology*, 18, 459-482.
- ZAJONC, R. B. (1980). Feeling and thinking: Preferences Need no inferences. *American Psychologist*, 35, 151-175.
- ZAJONC, R. B. (1984). On the primacy of emotion. *American Psychologist*, 39, 117-123.

ZELIN, M. L. ADLER, G. y MYERSON, P. G. (1972). Anger self-report: An objective questionnaire for the measurement of aggression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 39, 340.

ZOTTI, A. M. (1989). Tipe A behavior and psychological characteristics of hypertensive patients under poing antihypertensive treatment. *Italian Cardiology*, Feb. vol.19 (2) 136-144.

ZUCKERMAN, M. (1979a). *Sensation seeking: Beyond the optimal level of arousal*. Hillsdale, New York: Lawrence Erlbaum Associates.

ZUCKERMAN, M. (1988) . Sensation, seeking, risk taking and health. En M. Janisse (Ed.), *Individual Differences, Stress, and Health Psychology*. New York: Springer-Verlag.

ANEXO

HOJA DE RECOGIDA DE DATOS

APELLIDOS Y NOMBRE (No es necesario):

EDAD:

SEXO:

OCUPACION:

NIVEL DE ESTUDIOS:

¿PADECE DE HIPERTENSION? :

¿PADECE ULCERA? :

¿TIENE ALGUN OTRO TRASTORNO?:

¿BEBE?: BASTANTE MODERADO POCO NADA

¿FUMA?: INDIQUE Nº DE CIGARRILLOS DIARIOS:

¿HACE EJERCICIO?: ¿DE QUE TIPO?:

(señale en que grado) ALTO MEDIO BAJO

RELLENAR EN CASO DE PADECER ULCERA O HIPERTENSION

CUANTO TIEMPO HACE QUE LO PADECE:

HACE CUANTO TIEMPO SE LO DIAGNOSTICARON:

CUANTO TIEMPO LLEVA EN TRATAMIENTO:

TOMA ALGUNA MEDICACION:

CUAL:

DOSIS:

SI PADECE HIPERTENSION ESCRIBA LAS TRES ULTIMAS MEDIDAS DE PRESION ARTERIAL, Y SU FECHA APROXIMADA:

I.S.A.P.

Apellidos y nombre:

Edad:

Sexo:

Fecha:

Centro:

Curso/puesto:

Otros Datos:

En este cuestionario no existen contestaciones "buenas" ni "malas". Se trata de saber cómo reaccionan las personas ante los diversos problemas y situaciones que les ocurren en la vida diaria. Por favor, responda al cuestionario lo más sinceramente posible para saber exactamente cómo actúa Vd. frente a sus problemas. No conteste pensando en cómo debería actuar para resolver sus problemas, sino en cómo actúa Vd. realmente a la hora de resolverlos.

INSTRUCCIONES: A continuación encontrará una lista de preguntas. Lea cada una de ellas atentamente e indique a continuación la frecuencia con la que Vd. se comporta de esa forma, utilizando la siguiente escala:

0: Casi Nunca 1: Pocas Veces 2: Unas Veces SI
Otras Veces NO 3: Muchas Veces 4: Casi Siempre

Rodee con un círculo, de los números que encontrará a la derecha de cada pregunta, el que mejor se ajuste a la frecuencia con la que Vd. actúa de esa forma ante los problemas de la vida diaria.

- | | |
|---|-----------|
| 1. A la hora de tomar decisiones soy una persona insegura | 0 1 2 3 4 |
| 2. Confío en mi habilidad para resolver problemas nuevos y difíciles | 0 1 2 3 4 |
| 3. Para resolver un problema tomo la primera idea que me viene a la mente | 0 1 2 3 4 |
| 4. Cuando me enfrento a un problema, me siento inseguro/a de que pueda manejar la situación | 0 1 2 3 4 |
| 5. Cuando sospecho de la posible existencia de un problema, trato de averiguar a fondo de qué se trata | 0 1 2 3 4 |
| 6. Después de haber cometido algún error, doy demasiadas vueltas a las cosas sin llegar a conclusiones claras | 0 1 2 3 4 |
| 7. Cuando mis primeros esfuerzos para resolver un problema fracasan, empiezo a intranquilizarme por mi falta de habilidad para manejar la situación | 0 1 2 3 4 |
| 8. Cuando me enfrento con un problema tiendo a hacer lo primero que se me ocurre para resolverlo | 0 1 2 3 4 |
| 9. Cuando la solución de un problema no es satisfactoria me paro a pensar el porqué | 0 1 2 3 4 |

ASEGURESE DE HABER CONTESTADO TODAS LAS PREGUNTAS Y CONTINUE.

Autores: J.J. MIGUEL TOBAL y M.I. CASADO MORALES.

- | | |
|---|-----------|
| 10. Cuando alguien me molesta o cuando discuto, tengo pensamientos negativos sobre mí (tales como sentirme inferior, torpe, etc.) | 0 1 2 3 4 |
| 11. No me paro ni tomo tiempo para manejar mis problemas sino que actuo sin tener las ideas claras | 0 1 2 3 4 |
| 12. Antes de decidirme por una idea o solución posible a un problema, me paro a considerar las posibilidades de éxito de cada alternativa | 0 1 2 3 4 |
| 13. Cuando me encuentro con un problema, examino qué tipo de factores externos están influyendo en él | 0 1 2 3 4 |
| 14. Después de que he resuelto un problema, analizo lo que salió bien o mal | 0 1 2 3 4 |
| 15. Cuando hago planes para resolver un problema, estoy seguro de que puedo conseguir que funcionen | 0 1 2 3 4 |
| 16. Al elegir una forma de actuar, intento predecir cual será el resultado general | 0 1 2 3 4 |
| 17. Cuando me enfrento con un problema complicado busco la forma de recoger información para conocerlo más a fondo | 0 1 2 3 4 |
| 18. Después de que he intentado resolver un problema de una determinada manera, me paro a comparar el resultado real con lo que yo pensaba que debería haber ocurrido | 0 1 2 3 4 |
| 19. Con el tiempo y esfuerzo suficientes creo que puedo resolver los problemas con los que me enfrento | 0 1 2 3 4 |
| 20. Cuando me enfrento con un problema me paro y pienso sobre ello antes de decidir el próximo paso | 0 1 2 3 4 |
| 21. Puedo pensar en alternativas creativas y eficaces para resolver un problema | 0 1 2 3 4 |
| 22. Después de tomar una decisión, el resultado que esperaba concuerda con el resultado real | 0 1 2 3 4 |
| 23. Tomo decisiones y después estoy satisfecho/a con ellas | 0 1 2 3 4 |
| 24. Antes de un examen o si voy a ser entrevistado/a para un trabajo, me preocupo fácilmente | 0 1 2 3 4 |
| 25. Ante la aparición de un problema tiendo más a escaparme que a enfrentarme a él | 0 1 2 3 4 |

Apellidos y nombre Edad Sexo
 (V o M)
 Centro Curso/Puesto Estado civil
 Otros datos Fecha

INSTRUCCIONES

En las páginas siguientes encontrará una serie de frases que presentan **situaciones** en que usted podría encontrarse y otras que se refieren a **respuestas** que usted podría dar ante esas situaciones o reacciones que le producirían.

Las situaciones aparecen numeradas en la parte izquierda de la página y las respuestas posibles están indicadas en la parte superior.

Su tarea consiste en valorar de 0 a 4 la **frecuencia** con que se da en usted cada respuesta o reacción que está considerando, según la siguiente escala:

0: Casi nunca 1: Pocas veces 2: Unas veces sí y otras no 3: Muchas veces 4: Casi siempre

Vea los ejemplos siguientes:

SITUACIONES	RESPUESTAS					OBSERVACIONES
	0 CASI NUNCA	1 POCAS VECES	2 UNAS VECES SI OTRAS VECES NO	3 MUCHAS VECES	4 CASI SIEMPRE	
1. Si un problema me preocupa mucho.						
2. Cuando pierdo un objeto que tenía en mucha estima.						

Deberá leer la situación 1 y cada una de las respuestas que están sobre la columna en que hay casillas en blanco (en el primer caso las columnas 2 y 4). Cuando las haya leído, decida qué número poner en la casilla correspondiente. Hágalo. Conteste después a la situación 2. Habrá dado sus contestaciones en las casillas que corresponden a las respuestas 1, 2 y 5. ¿Lo ha hecho así? ¿Tiene alguna dificultad?

CONTESTE A TODAS LAS CASILLAS EN BLANCO

La última cuestión (la núm. 23) se utilizará sólo cuando exista una situación especialmente perturbadora para usted y no esté incluida en las 22 anteriores. En ese caso, escriba la situación en el lugar correspondiente de las tres páginas y ponga su valoración en las casillas que crea conveniente.

Si desea precisar más o hacer alguna observación, utilice el margen derecho de la Hoja (OBSERVACIONES).



Autores: J. J. Miguel Tobal y A. R. Cano Vindel

Copyright © 1986 by TEA Ediciones, S. A. - Todos los derechos reservados - Prohibida la reproducción total o parcial -
 Edita: TEA Ediciones, S. A.; Fray Bernardino de Sahagún, 24; 28036 Madrid - Imprime: Aguirre Campano; Daganzo, 15
 duplicado; 28002 Madrid - Depósito legal: M. - 5.757 - 1986.

C

0	CASI NUNCA
1	POCAS VECES
2	UNAS VECES SI OTRAS VECES NO
3	MUCHAS VECES
4	CASI SIEMPRE

SITUACIONES	RESPUESTAS							OBSERVACIONES	ΣS
	1. Me preocupo fácilmente.	2. Tengo pensamientos o sentimientos negativos sobre mí, tales como "inferior" a los demás, "torpe", etc.	3. Me siento inseguro de mí mismo.	4. Doy demasiadas vueltas a las cosas sin llegar a decidir.	5. Siento miedo.	6. Me cuesta concentrarme.	7. Pienso que la gente se dará cuenta de mis problemas o de la torpeza de mis actos.		
1. Ante un examen en el que me juego mucho, o si voy a ser entrevistado para un trabajo importante.									
2. Cuando voy a llegar tarde a una cita.									
3. Cuando pienso en las muchas cosas que tengo que hacer.									
4. A la hora de tomar una decisión o resolver un problema difícil.									
5. En mi trabajo o cuando estudio.									
6. Cuando espero a alguien en un lugar concurrido.									
7. Si una persona del otro sexo está muy cerca de mí, rozándome, o si estoy en una situación sexual íntima.									
8. Cuando alguien me molesta o cuando discuto.									
9. Cuando soy observado o mi trabajo es supervisado, cuando recibo críticas, o siempre que pueda ser evaluado negativamente.									
10. Si tengo que hablar en público.									
11. Cuando pienso en experiencias recientes en las que me he sentido ridículo, tímido, humillado, solo o rechazado.									
12. Cuando tengo que viajar en avión o en barco.									
13. Después de haber cometido algún error.									
14. Ante la consulta del dentista, las inyecciones, las heridas o la sangre.									
15. Cuando voy a una cita con una persona del otro sexo.									
16. Cuando pienso en mi futuro o en dificultades y problemas futuros.									
17. En medio de multitudes o en espacios cerrados.									
18. Cuando tengo que asistir a una reunión social o conocer gente nueva.									
19. En lugares altos, o ante aguas profundas.									
20. Al observar escenas violentas.									
21. Por nada en concreto.									
22. A la hora de dormir.									
23. Escriba una situación en la que usted manifiesta frecuentemente alguna de estas respuestas o conductas.									
.....									
.....									
ΣR								TOTAL	

ASEGURESE DE HABER RELLENADO TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO

0	CASI NUNCA
1	POCAS VECES
2	UNAS VECES SI OTRAS VECES NO
3	MUCHAS VECES
4	CASI SIEMPRE

SITUACIONES	RESPUESTAS										OBSERVACIONES	ΣS
	1. Siento molestias en el estómago.	2. Me sudan las manos u otra parte del cuerpo hasta en días fríos.	3. Me tiemblan las manos o las piernas.	4. Me duele la cabeza.	5. Mi cuerpo está en tensión.	6. Tengo palpitaciones, el corazón me late muy deprisa.	7. Me falta el aire y mi respiración es agitada.	8. Siento náuseas o mareo.	9. Se me seca la boca y tengo dificultades para tragar.	10. Tengo escalofríos y tiritos aunque no haga mucho frío.		
1. Ante un examen en el que me juego mucho, o si voy a ser entrevistado para un trabajo importante.												
2. Cuando voy a llegar tarde a una cita.												
3. Cuando pienso en las muchas cosas que tengo que hacer.												
4. A la hora de tomar una decisión o resolver un problema difícil.												
5. En mi trabajo o cuando estudio.												
6. Cuando espero a alguien en un lugar concurrido.												
7. Si una persona del otro sexo está muy cerca de mí, rozándome, o si estoy en una situación sexual íntima.												
8. Cuando alguien me molesta o cuando discuto.												
9. Cuando soy observado o mi trabajo es supervisado, cuando recibo críticas, o siempre que pueda ser evaluado negativamente.												
10. Si tengo que hablar en público.												
11. Cuando pienso en experiencias recientes en las que me he sentido ridículo, tímido, humillado, solo o rechazado.												
12. Cuando tengo que viajar en avión o en barco.												
13. Después de haber cometido algún error.												
14. Ante la consulta del dentista, las inyecciones, las heridas o la sangre.												
15. Cuando voy a una cita con una persona del otro sexo.												
16. Cuando pienso en mi futuro o en dificultades y problemas futuros.												
17. En medio de multitudes o en espacios cerrados.												
18. Cuando tengo que asistir a una reunión social o conocer gente nueva.												
19. En lugares altos, o ante aguas profundas.												
20. Al observar escenas violentas.												
21. Por nada en concreto.												
22. A la hora de dormir.												
23. Escriba una situación en la que usted manifiesta frecuentemente alguna de estas respuestas o conductas.												
.....												
.....												
ΣR											TOTAL	:2 =

ASEGURESE DE HABER RELLENADO TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO

M

0	CASI NUNCA
1	POCAS VECES
2	UNAS VECES SI OTRAS VECES NO
3	MUCHAS VECES
4	CASI SIEMPRE

SITUACIONES	RESPUESTAS							OBSERVACIONES	ΣS
	1. Lloro con facilidad.	2. Realizo movimientos repetitivos con alguna parte de mi cuerpo (rascarme, tocarme, movimientos rítmicos con pies o manos, etc.).	3. Fumo, como o bebo demasiado.	4. Trato de evitar o rehuir la situación.	5. Me muevo y hago cosas sin una finalidad concreta.	6. Quedo paralizado o mis movimientos son torpes.	7. Tartamudeo o tengo otras dificultades de expresión verbal.		
1. Ante un examen en el que me juego mucho, o si voy a ser entrevistado para un trabajo importante.									
2. Cuando voy a llegar tarde a una cita.									
3. Cuando pienso en las muchas cosas que tengo que hacer.									
4. A la hora de tomar una decisión o resolver un problema difícil.									
5. En mi trabajo o cuando estudio.									
6. Cuando espero a alguien en un lugar concurrido.									
7. Si una persona del otro sexo está muy cerca de mí, rozándome, o si estoy en una situación sexual íntima.									
8. Cuando alguien me molesta o cuando discuto.									
9. Cuando soy observado o mi trabajo es supervisado, cuando recibo críticas, o siempre que pueda ser evaluado negativamente.									
10. Si tengo que hablar en público.									
11. Cuando pienso en experiencias recientes en las que me he sentido ridículo, tímido, humillado, solo o rechazado.									
12. Cuando tengo que viajar en avión o en barco.									
13. Después de haber cometido algún error.									
14. Ante la consulta del dentista, las inyecciones, las heridas o la sangre.									
15. Cuando voy a una cita con una persona del otro sexo.									
16. Cuando pienso en mi futuro o en dificultades y problemas futuros.									
17. En medio de multitudes o en espacios cerrados.									
18. Cuando tengo que asistir a una reunión social o conocer gente nueva.									
19. En lugares altos, o ante aguas profundas.									
20. Al observar escenas violentas.									
21. Por nada en concreto.									
22. A la hora de dormir.									
23. Escriba una situación en la que usted manifiesta frecuentemente alguna de estas respuestas o conductas.									
ΣR								TOTAL	

ASEGURESE DE HABER RELLENADO TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO

C. E. P.

Apellidos y nombre: Edad: Sexo: V o M

Empresa: Categoría:

Centro de enseñanza: Curso:

	C	E	P	S	?
Puntuaciones					
Centiles					

Instrucciones

A continuación encontrará una serie de preguntas. Se le pide que rodee con un círculo la contestación (SI o NO) que mejor refleje su manera de ser.

Lea primero la pregunta reposadamente, piense cuál es su conducta habitual en relación con lo que en ella se expone, y contéstela.

Rodee el signo de interrogación sólo cuando le sea imposible decidirse entre el "SI" o el "NO", por los motivos que sean.

Procure contestar a todas las preguntas. No implican ninguna dificultad, y no hay nada malo en ellas. Si falseara las respuestas, no resultaría ni mejor ni peor, sino solamente distinto. Debe, por tanto, contestar poniendo en ellas toda su buena voluntad y sinceridad.

Conteste las preguntas sin pensarlo demasiado.

NO VUELVA LA HOJA HASTA QUE SE LE INDIQUE



Autor: J. L. PINILLOS.

Copyright © 1973 by TEA Ediciones, S. A. - Todos los derechos reservados. - Prohibida la reproducción. - Edita: TEA Ediciones, S. A. c/. Fray Bernardino de Sahagún, 24.- Madrid-16.- Imprime: Aguirre Campano. - Dazanzo, 15 dupdo. - Madrid-2 - Depósito Legal: M. 8.119 - 1972.

1. ¿Tiende a reducir sus amistades a un grupo escogido? ...	SI ? NO	1
2. ¿Se encuentra a gusto entre mucha gente? ...	SI ? NO	2
3. ¿Le gusta más actuar que pensar lo que hay que hacer? ...	SI ? NO	3
4. Cuando se meten con Vd., ¿suele tener respuesta a punto? ...	SI ? NO	4
5. ¿Sueña a menudo con proyectos que no se realizan nunca? ...	SI ? NO	5
6. De pequeño, ¿era obediente? ...	SI ? NO	6
7. ¿Es Vd. rápido y seguro en sus actos? ...	SI ? NO	7
8. ¿Responde Vd. con dureza cuando alguien le ataca? ...	SI ? NO	8
9. ¿Le molesta tener que hacer nuevas amistades? ...	SI ? NO	9
10. ¿Deja a veces para mañana lo que podría hacer hoy? ...	SI ? NO	10
11. ¿Toma su trabajo con naturalidad, esto es, sin preocuparse más de lo necesario? ...	SI ? NO	11
12. ¿Se disgusta con facilidad? ...	SI ? NO	12
13. ¿Le gusta recordar momentos felices de su vida pasada? ...	SI ? NO	13
14. Cuando promete algo, ¿lo cumple siempre, aunque sea muy desfavorable para Vd.? ...	SI ? NO	14
15. ¿Es un poco tímido con las personas de otro sexo? ...	SI ? NO	15
16. ¿Actúa sin contemplaciones cuando sospecha que alguien se la quiere jugar? ...	SI ? NO	16
17. ¿Se enfurece alguna vez? ...	SI ? NO	17
18. ¿Hay ocasiones en que se siente muy solo? ...	SI ? NO	18
19. ¿Cree que las dificultades sólo detienen a los débiles? ...	SI ? NO	19
20. ¿Le molesta mucho llegar tarde a una cita? ...	SI ? NO	20
21. ¿Sueñen ocurrírsele las respuestas cuando ya ha pasado la ocasión? ...	SI ? NO	21
22. ¿Ha fanfarroneado alguna vez? ...	SI ? NO	22
23. ¿Le irrita mucho que alguien no conteste a sus cartas? ...	SI ? NO	23
24. ¿Tiende a ser escrupuloso en el cumplimiento de sus obligaciones? ...	SI ? NO	24
25. ¿Lo suele pasar muy bien en las fiestas y reuniones sociales? ...	SI ? NO	25
26. Al decir algo, ¿suele tener en cuenta lo que van a pensar los demás? ...	SI ? NO	26
27. ¿Es propenso a cambiar de humor sin causa justificada? ...	SI ? NO	27
28. ¿Le gusta gastar bromas a la gente? ...	SI ? NO	28
29. ¿Le han cogido alguna vez en una mentira? ...	SI ? NO	29
30. ¿Se le va a veces la imaginación cuando trata de concentrarse en algo? ...	SI ? NO	30
31. ¿Se considera a sí mismo como un individuo nervioso? ...	SI ? NO	31
32. ¿Se le ocurre con frecuencia lo que debería haber hecho cuando ya ha pasado el momento? ...	SI ? NO	32
33. ¿Le molesta mucho perder en el juego? ...	SI ? NO	33
34. ¿Cree Vd. que, desgraciadamente, es verdad lo de "piensa mal y acertarás"? ...	SI ? NO	34
35. ¿Le resulta fácil, por lo general, hacer nuevas amistades? ...	SI ? NO	35
36. ¿Ha tenido alguna vez la extraña sensación de ser distinto de como era antes? ...	SI ? NO	36
37. Cuando está trabajando, ¿le molesta mucho que le interrumpan? ...	SI ? NO	37
38. ¿Cree que abundan las personas envidiosas? ...	SI ? NO	38
39. ¿Toma muy "a pecho" su trabajo? ...	SI ? NO	39
40. ¿Se distrae a menudo en el curso de una conversación? ...	SI ? NO	40
41. ¿Le critican más de lo que merece? ...	SI ? NO	41
42. ¿Se alegra de verdad si un enemigo suyo consigue un éxito merecido? ...	SI ? NO	42
43. ¿Le divierten las reuniones y fiestas más que ninguna otra cosa? ...	SI ? NO	43
44. ¿Tiene a veces preocupaciones que no le dejan dormir? ...	SI ? NO	44
45. Modestia aparte, ¿se juzga Vd. superior a la mayoría de la gente? ...	SI ? NO	45
46. ¿Murmura Vd. de vez en cuando? ...	SI ? NO	46
47. ¿Suele pasarlo bien en las fiestas y reuniones sociales? ...	SI ? NO	47
48. ¿Se considera Vd. una persona algo soñadora? ...	SI ? NO	48
49. ¿Se siente a veces deprimido y cansado, sin ninguna razón determinada? ...	SI ? NO	49
50. ¿Tiene Vd. a veces pensamientos o deseos que le avergonzarían si se supieran? ...	SI ? NO	50
51. ¿Tiende Vd. a quedarse callado cuando se encuentra entre personas que conoce poco? ...	SI ? NO	51
52. ¿Se encuentra a veces rebosante de alegría, y a veces francamente agotado? ...	SI ? NO	52

CONTINUE EN LA PAGINA SIGUIENTE

C	E	P	S	?

53.	¿Se interpretan mal muchas de las cosas que Vd. dice o hace?	SI ? NO	53
54.	¿Le gusta averiguar los motivos ocultos de la conducta ajena?	SI ? NO	54
55.	¿Suele decir la última palabra en las discusiones?	SI ? NO	55
56.	¿Responde en seguida a todas las cartas que recibe?	SI ? NO	56
57.	¿Se considera a sí mismo como una persona habladora?	SI ? NO	57
58.	¿Prefiere los trabajos de acción a los de pensamiento?	SI ? NO	58
59.	¿Se conduce con igual corrección en su casa que en visita?	SI ? NO	59
60.	¿Le gusta hacer nuevas amistades?	SI ? NO	60
61.	¿Le deprime o le aburre estar solo?	SI ? NO	61
62.	¿Le gusta meterse en asuntos que requieren energía y rapidez de acción?	SI ? NO	62
63.	¿Piensa con frecuencia en los buenos tiempos pasados?	SI ? NO	63
64.	¿Habla a veces de lo que no sabe?	SI ? NO	64
65.	¿Cree que es imposible confiar de verdad en nadie?	SI ? NO	65
66.	¿Le ocurre a menudo que una idea tonta le venga insistentemente a la imaginación?	SI ? NO	66
67.	¿Le considera la gente como una persona animada?	SI ? NO	67
68.	¿Sabe aguantar bien a las personas que abusan de su autoridad?	SI ? NO	68
69.	¿Ha dejado alguna vez de cumplir su palabra?	SI ? NO	69
70.	¿Suele tener un humor bastante igual?	SI ? NO	70
71.	¿Le duele mucho que le traten secamente?	SI ? NO	71
72.	¿Se conforma cuando no se sale con la suya?	SI ? NO	72
73.	¿Se siente muy herido en sus sentimientos cuando la gente es desconsiderada con Vd.?	SI ? NO	73
74.	¿Presume a veces más de lo debido?	SI ? NO	74
75.	¿Le gusta dirigir grupos, reuniones, etc.?	SI ? NO	75
76.	¿Se considera a sí mismo una persona alegre y optimista?	SI ? NO	76
77.	¿Ha tenido alguna vez apuros económicos?	SI ? NO	77
78.	¿Le ha convencido la vida de que para hacerse respetar hay que ser duro?	SI ? NO	78
79.	Si alguien se mete con Vd., ¿trata por todos los medios de darle su merecido?	SI ? NO	79
80.	¿Se pone a veces tan nervioso que no puede permanecer sentado?	SI ? NO	80
81.	En general, ¿le gustan las fiestas de sociedad?	SI ? NO	81
82.	¿Se considera a sí mismo como una persona animada?	SI ? NO	82
83.	¿Está convencido de que en esta vida es necesario ser un poco "zorro" con la gente?	SI ? NO	83
84.	¿Cree que al que destaca, en seguida tratan de hundirlo?	SI ? NO	84
85.	¿Llega alguna vez tarde a su trabajo?	SI ? NO	85
86.	¿Se siente deprimido a veces sin saber exactamente por qué?	SI ? NO	86
87.	Cuando hace algo mal, ¿piensa mucho en ello?	SI ? NO	87
88.	¿Cambia de humor con facilidad?	SI ? NO	88
89.	¿Cree que la vida ha sido justa con Vd.?	SI ? NO	89
90.	¿Le gusta tener muchas relaciones sociales?	SI ? NO	90
91.	¿Ha hecho alguna vez algo de lo que tenga que avergonzarse?	SI ? NO	91
92.	Sinceramente, ¿se considera capaz de hacer las cosas mejor que la mayoría?	SI ? NO	92
93.	¿Cree que la gente habla de Vd. con frecuencia?	SI ? NO	93
94.	¿Ha perdido el control de sus nervios alguna vez?	SI ? NO	94
95.	¿Protesta siempre que se comete una injusticia con Vd.?	SI ? NO	95
96.	¿Se siente alegre unas veces y desgraciado otras, sin que haya razones claras para ello?	SI ? NO	96
97.	¿Le resulta difícil participar de la alegría general en las reuniones y fiestas?	SI ? NO	97
98.	De ordinario, ¿es usted una persona despreocupada?	SI ? NO	98
99.	¿Le cambia fácilmente el humor según le vayan las cosas?	SI ? NO	99
100.	¿Pagaría Vd. impuestos aun sabiendo que nadie le iba a descubrir si no los pagaba?	SI ? NO	100
101.	¿Le gusta ajustar su vida a ideales y normas fijas?	SI ? NO	101
102.	¿Es Vd. inflexible cuando tiene la razón?	SI ? NO	102
103.	¿Le gustan los trabajos que requieren mucho cuidado y atención a los detalles?	SI ? NO	103
104.	¿Hay ocasiones en que lo único que le apetece es estar solo y que le dejen en paz?	SI ? NO	104

CONTINUE EN LA PAGINA SIGUIENTE

C	E	P	S	?

105.	¿Cree Vd. que, en realidad, el mundo está gobernado por poderes secretos que poquísima gente conoce?	SI ? NO	105
106.	¿Le gusta permanecer en segundo término en las fiestas y reuniones públicas?	SI ? NO	106
107.	¿Cree que un puñado de hombres decididos puede reformar la sociedad?	SI ? NO	107
108.	¿Hay noches en que las preocupaciones le tienen despierto mucho tiempo?	SI ? NO	108
109.	¿Reconoce que tiene el genio un poco violento?	SI ? NO	109
110.	Entre las personas que conoce, ¿hay alguna que le sea profundamente antipática?	SI ? NO	110
111.	¿Le parece que muchas de las cosas que le han salido mal se deben a envidias y enemistades personales?	SI ? NO	111
112.	¿Opina que la mujer debe gozar de igual libertad que el hombre?	SI ? NO	112
113.	Cuando algo le sale mal, ¿lo olvida en seguida?	SI ? NO	113
114.	Por lo general, ¿es Vd. quien da el primer paso para entablar una nueva amistad?	SI ? NO	114
115.	¿Se equivoca con frecuencia?	SI ? NO	115
116.	¿Disfruta en las manifestaciones de entusiasmo colectivo, como el fútbol, los toros, etc.?	SI ? NO	116
117.	Por lo general, ¿mantiene Vd. ocultos sus propósitos?	SI ? NO	117
118.	Cuando no se sale con la suya, ¿se conforma fácilmente?	SI ? NO	118
119.	¿Se le ha criticado más de lo debido?	SI ? NO	119
120.	¿Encuentra que en la sociedad actual no se puede uno fiar de nadie?	SI ? NO	120
121.	¿Le cuesta mucho olvidar las ofensas, aunque las haya perdonado desde el primer momento?	SI ? NO	121
122.	Cuando se le mete algo en la cabeza, ¿trata por todos los medios de realizarlo?	SI ? NO	122
123.	¿Le mira la gente mucho cuando va por la calle?	SI ? NO	123
124.	Durante los últimos cinco años, ¿ha ocupado algún cargo directivo en juntas deportivas, benéficas, sociales, etc.?	SI ? NO	124
125.	¿Cambia de aficiones con facilidad?	SI ? NO	125
126.	¿Se le va a veces la imaginación, de forma que pierde el hilo de lo que está haciendo o diciendo?	SI ? NO	126
127.	Cuando está deprimido, ¿busca alguien que le anime?	SI ? NO	127
128.	¿Hay ocasiones en que se siente solo en medio de la gente?	SI ? NO	128
129.	Si llega tarde a una conferencia, ¿prefiere quedarse en pie mejor que atravesar la sala para sentarse?	SI ? NO	129
130.	¿Ha recaudado alguna vez fondos para una causa que le interese?	SI ? NO	130
131.	¿Le gusta más el teatro que el baile?	SI ? NO	131
132.	¿Ha echado alguna vez una bronca a un subordinado por no haberle tenido a tiempo un trabajo?	SI ? NO	132
133.	Cuando se encarga de algo, ¿prefiere asumir la responsabilidad Vd. solo?	SI ? NO	133
134.	¿Cree que el respeto a las costumbres sociales constituye un aspecto esencial de la vida humana?	SI ? NO	134
135.	¿Suele tomarse más responsabilidades y quehaceres de los que le corresponden?	SI ? NO	135
136.	¿Le desagrada la disciplina?	SI ? NO	136
137.	¿Pasa a veces por períodos en que se siente muy solo?	SI ? NO	137
138.	¿Ha experimentado en la vida muchas amarguras?	SI ? NO	138
139.	Por lo general, ¿comprende mejor los problemas estudiándolos Vd. solo que discutiéndolos con otros?	SI ? NO	139
140.	Si un camarero le sirve mal, ¿le llama Vd. la atención?	SI ? NO	140
141.	Si alguien murmura de Vd., ¿le planta cara abiertamente?	SI ? NO	141
142.	¿Hay asuntos que le irrita que se toquen delante de Vd.?	SI ? NO	142
143.	¿Le molesta que le observen mientras trabaja?	SI ? NO	143
144.	¿Le gusta intervenir en la organización de fiestas, reuniones, etc.?	SI ? NO	144
145.	¿Ha sentido envidia alguna vez?	SI ? NO	145

C	E	P	S	?

STAXI

APELLIDOS_____ NOMBRE_____ EDAD_____ SEXO_____
ESTADO CIVIL_____ ESTUDIOS_____ FECHA_____

Parte I: Instrucciones.

A continuación se presentan una serie de afirmaciones que la gente usa para describirse a sí misma. Lea cada afirmación y rellene la casilla con el número que mejor indique COMO SE SIENTE AHORA MISMO, utilizando la siguiente escala de valoración:

1= NO EN ABSOLUTO 2= ALGO 3= MODERADAMENTE 4= MUCHO

COMO ME SIENTO EN ESTE MOMENTO

- () 1. Estoy furioso/a.
 - () 2. Me siento irritado/a.
 - () 3. Me siento enfadado/a.
 - () 4. Tengo ganas de gritar a alguien.
 - () 5. Tengo ganas de romper cosas.
 - () 6. Estoy desquiciado/a.
 - () 7. Me gustaría golpear en la mesa.
 - () 8. Me gustaría pegar a alguien.
 - () 9. Estoy quemado/a.
 - () 10. Me gustaría decir tacos.
-

Parte II: Instrucciones.

A continuación se presentan una serie de afirmaciones que la gente usa para describirse a sí misma. Lea cada afirmación y rellene la casilla con el número que mejor indique COMO SE SIENTE NORMALMENTE, utilizando la siguiente escala de valoración:

1= CASI NUNCA 2= ALGUNAS VECES 3= A MENUDO 4= CASI SIEMPRE

COMO ME SIENTO NORMALMENTE

- () 11. Estoy de buen humor.
- () 12. Tengo un carácter irritable.
- () 13. Soy una persona exaltada.
- () 14. Me enfado cuando me retraso por los errores de los demás.
- () 15. Me molesta cuando hago algo bien y no me lo reconocen.
- () 16. Pierdo los estribos.
- () 17. Cuando me siento enfadado/a digo barbaridades.
- () 18. Me pone furioso/a que me critiquen delante de los demás.
- () 19. Cuando estoy frustrado/a, me dan ganas de pegar a alguien.
- () 20. Me siento furioso/a cuando hago un buen trabajo y se me valora poco.

Parte III: Instrucciones.

A continuación se presentan una serie de afirmaciones que la gente usa para describir sus reacciones cuando se siente enfadada. Lea cada afirmación y rellene la casilla con el número que mejor indique COMO REACCIONA O SE COMPORTA CUANDO ESTA ENFADADO/A O FURIOSO/A, utilizando la siguiente escala de valoración:

1= CASI NUNCA 2= ALGUNAS VECES 3= A MENUDO 4= CASI SIEMPRE

CUANDO ME ENFADO O ENFUREZCO ...

- () 21. Controlo mi temperamento.
 - () 22. Expreso mi ira.
 - () 23. Me guardo para mí lo que siento.
 - () 24. Tengo paciencia con los demás.
 - () 25. Me pongo de morros, me amohino.
 - () 26. Me aparto de la gente.
 - () 27. Hago comentarios irónicos de los demás.
 - () 28. Mantengo la calma.
 - () 29. Hago cosas como dar portazos.
 - () 30. Ardo por dentro aunque no lo demuestro.
 - () 31. Controlo mi comportamiento.
 - () 32. Discuto con los demás.
 - () 33. Tiendo a tener rencores que no cuento a nadie.
 - () 34. Golpeo cualquier cosa.
 - () 35. Puedo controlarme y no perder los estribos.
 - () 36. Critico bastante a los demás a sus espaldas.
 - () 37. Estoy más enfadado que lo que quiero admitir.
 - () 38. Me calmo más rápido que la mayoría de la gente.
 - () 39. Digo barbaridades.
 - () 40. Intento ser tolerante y comprensivo/a.
 - () 41. Me irrito más de lo que la gente se cree.
 - () 42. Pierdo la paciencia.
 - () 43. Si alguien me molesta, le digo como me siento.
 - () 44. Controlo mis sentimientos de enfado.
-

J A S - INVENTARIO DE ACTIVIDAD DE JENKINS (Forma C)

C.D. Jenkins, S.J. Zyzanski, R.H. Rosenman

Apellidos Nombre Edad Sexo

Las preguntas de esta prueba hacen referencia a aspectos de la conducta que ayudan al diagnóstico médico y psicológico. Cada persona es diferente; no hay respuestas correctas ni incorrectas.

En cada pregunta, elija la alternativa que sea cierta para Vd. y señale la letra que tiene delante. Dé solamente una respuesta para cada pregunta. Si desea cambiar una respuesta, anule la dada anteriormente y marque la nueva.

1. ¿Le resulta difícil encontrar tiempo libre para ir a la peluquería?

- A. Nunca
- B. Ocasionalmente
- C. Muchas veces

2. ¿Con qué frecuencia su trabajo "le pone en acción" (le obliga a ser muy activo)?

- A. Menos frecuentemente que el trabajo de la mayoría de las demás personas
- B. En torno al promedio
- C. Más que el trabajo de la mayoría de las demás personas

3. ¿Cuál de las siguientes situaciones es más frecuente en su vida cotidiana?

- A. Problemas que necesitan solución inmediata
- B. Retos a los que es preciso enfrentarme
- C. Mi vida es una rutina de hechos fácilmente predecibles
- D. Noto la falta de cosas en las que interesarme u ocuparme

4. Algunas personas llevan una vida tranquila y sin sobresaltos. Otras se enfrentan a cambios inesperados, continuas interrupciones inconvenientes o "cosas que van mal". ¿Con qué frecuencia se encuentra Vd. con estas pequeñas (o grandes) incomodidades o molestias?

- A. Varias veces al día
- B. Alrededor de una vez al día
- C. Algunas veces a la semana
- D. Una vez a la semana
- E. Una vez al mes o menos

5. Cuando Vd. está bajo presión o estrés, ¿qué es lo que hace generalmente?

- A. Hago inmediatamente algo para solucionarlo
- B. Planifico cuidadosamente antes de actuar

6. ¿Con qué rapidez suele comer?

- A. Normalmente soy el primero en terminar
- B. Como algo más rápido que los demás
- C. Como aproximadamente a la misma velocidad que la mayoría de la gente
- D. Como más despacio que la mayoría de la gente

7. Su esposo/a o algún amigo, ¿le han dicho alguna vez que come demasiado rápidamente?

- A. Sí, a menudo
- B. Sí, una o dos veces
- C. No, nunca

8. ¿Con qué frecuencia hace más de una cosa al mismo tiempo, tal como trabajar mientras come, leer mientras se viste, o resolver problemas mientras conduce?

- A. Hago dos cosas a la vez casi siempre
- B. Hago esto sólo cuando estoy escaso de tiempo
- C. Raramente o nunca hago más de una cosa a la vez

9. Cuando está escuchando a una persona y ésta da muchos rodeos para llegar al grano, ¿con qué frecuencia tiende a urgir a esa persona?

- A. Frecuentemente
- B. Ocasionalmente
- C. Casi nunca



Adaptación española: Enrique G. Fernández-Abascal.

Traducido y adaptado con permiso por TEA Ediciones, S.A. Copyright © 1979, 1969, 1966, 1965 by The Psychological Corporation, U.S.A. Copyright versión española 1991 by The Psychological Corporation, U.S.A. Todos los derechos reservados - Edita TEA Ediciones, S.A. Fray Bernardino de Sahagún, 24 - 28036 Madrid - Imprime Aguirre Campano, Daganzo, 15 dpdo. - 28002 Madrid - Dep. legal: M - 21771 - 1991.

10. Actualmente, ¿con qué frecuencia "pone palabras en boca de alguien" para abreviar la conversación y acelerar las cosas?

- A. Frecuentemente
- B. Ocasionalmente
- C. Casi nunca

11. Si se cita con su esposo/a o con un amigo, ¿con qué frecuencia llega Vd. tarde?

- A. De vez en cuando
- B. Raramente
- C. Nunca llego tarde

12. ¿Con qué frecuencia se apresura por llegar a un sitio aunque tenga tiempo de sobra?

- A. Frecuentemente
- B. Ocasionalmente
- C. Casi nunca

13. Supóngase que está esperando a alguien en un lugar público (esquina de la calle, puerta de un edificio, restaurante) y que la otra persona se retrasa 10 minutos. ¿Qué haría Vd.?

- A. Me siento y espero
- B. Doy vueltas mientras espero
- C. Normalmente llevo algo para leer o escribir; así puedo hacer algo mientras espero

14. Cuando tiene que "esperar en la cola" de un restaurante, una tienda o una oficina de correos, ¿qué es lo que hace?

- A. Aceptarlo con calma
- B. Me impaciento, pero no lo manifiesto
- C. Me impaciento tanto que cualquiera que me observe verá que estoy inquieto
- D. Rehusó esperar en la cola y busco la forma de evitar la espera

15. Cuando juega con niños de unos 10 años (o cuando hizo eso en el pasado), ¿con qué frecuencia les dejaba ganar?

- A. La mayoría de las veces
- B. La mitad de las veces
- C. Sólo ocasionalmente
- D. Nunca

16. Cuando era más joven, la mayoría de la gente consideraba que Vd. era ...

- A. Sin duda, impulsivo y competitivo
- B. Más bien impulsivo y competitivo
- C. Más bien relajado y tranquilo
- D. Sin duda, relajado y tranquilo

17. Actualmente, se considera una persona...

- A. Sin duda, impulsiva y competitiva
- B. Más bien impulsiva y competitiva
- C. Más bien relajada y tranquila
- D. Sin duda, relajada y tranquila

18. Su esposo/a (o amigo íntimo) le calificarían como ...

- A. Sin duda, impulsivo y competitivo
- B. Más bien impulsivo y competitivo
- C. Más bien relajado y tranquilo
- D. Sin duda, relajado y tranquilo

19. Su esposo/a (o amigo íntimo) considera que su nivel de actividad es ...

- A. Demasiado lento; debería ser más activo
- B. Como el término medio; ocupado la mayor parte del tiempo
- C. Demasiado activo; debería tomarse las cosas con más calma

20. Quienes le conocen bien, ¿están de acuerdo en que Vd. toma el trabajo demasiado seriamente?

- A. Terminantemente, sí
- B. Probablemente, sí
- C. Probablemente, no
- D. Terminantemente, no

21. Quienes le conocen bien, ¿están de acuerdo en que Vd. tiene menos energía que la mayoría de la gente?

- A. Terminantemente, sí
- B. Probablemente, sí
- C. Probablemente, no
- D. Terminantemente, no

22. Quienes le conocen bien, ¿están de acuerdo en que tiende a irritarse fácilmente?

- A. Terminantemente, sí
- B. Probablemente, sí
- C. Probablemente, no
- D. Terminantemente, no

23. Quienes le conocen bien, ¿están de acuerdo en que tiende a hacer la mayoría de las cosas apresuradamente?

- A. Terminantemente, sí
- B. Probablemente, sí
- C. Probablemente, no
- D. Terminantemente, no

24. Quienes le conocen bien, ¿están de acuerdo en que le gusta competir e intenta ganar por todos los medios?

- A. Terminantemente, sí
- B. Probablemente, sí
- C. Probablemente, no
- D. Terminantemente, no

25. Cuando Vd. era más joven, ¿cómo era su temperamento?

- A. Irascible y difícil de controlar
- B. Firme, pero controlable
- C. Sin problemas
- D. Nunca me irritaba

26. Actualmente, ¿cómo es su temperamento?

- A. Irascible y difícil de controlar
- B. Firme, pero controlable
- C. Sin problemas
- D. Nunca me irrita

27. Cuando está en pleno trabajo y alguien (no su jefe) le interrumpe, ¿cómo suele sentirse interiormente?

- A. Me siento bien, porque trabajo mejor después de una pausa ocasional
- B. Sólo me siento ligeramente molesto
- C. Realmente me siento irritado, porque la mayoría de estas interrupciones son innecesarias

28. ¿Con qué frecuencia hay en su trabajo límites fijados de tiempo (plazos de entrega) para terminar una tarea?

- A. Diariamente o más a menudo
- B. Semanalmente
- C. Mensualmente o menos
- D. Nunca

29. Los plazos o límites de tiempo para terminar una tarea, generalmente le producen...

- A. Poca tensión, por ser actividades rutinarias
- B. Mucha tensión, ya que trastornan mi trabajo retardándolo
- C. En mi trabajo no hay límites de tiempo

30. ¿Se pone a veces a sí mismo límites de tiempo o plazos en el trabajo o en casa?

- A. No
- B. Sí, pero sólo ocasionalmente
- C. Sí, una vez a la semana o más

31. Cuando tiene que trabajar "contra reloj" para terminar una tarea, ¿cuál es la calidad de su trabajo?

- A. Mejor
- B. Peor
- C. Igual (la tensión no influye en el resultado)

32. En el trabajo, ¿realiza a veces dos tareas al mismo tiempo, cambiando rápidamente de una a otra?

- A. No, nunca
- B. Sí, pero sólo en emergencia
- C. Sí, habitualmente

33. ¿Está satisfecho con el puesto que ocupa en su trabajo actual, como para permanecer en él durante los próximos 5 años?

- A. Sí
- B. No; quiero progresar
- C. Terminantemente, no; me esfuerzo para progresar y no estaría satisfecho si no lo consiguiera en este periodo

34. Si Vd. pudiera elegir, ¿qué preferiría?

- A. Un pequeño incremento en el sueldo sin promoción a un puesto superior de trabajo
- B. Una promoción a un puesto superior sin incremento en el sueldo

35. En los tres últimos años, ¿ha tomado menos días de vacaciones que los que le corresponden?

- A. Sí
- B. No
- C. Mi tipo de trabajo no permite vacaciones regulares

36. En los tres últimos años, ¿cómo cambiaron sus ingresos anuales?

- A. Se han mantenido iguales o se han reducido
- B. Han subido ligeramente (como resultado del coste de vida o aumento automático basado en los años de servicio)
- C. Han aumentado considerablemente

37. ¿Con qué frecuencia lleva trabajo a casa para hacerlo por la noche o estudiar materias relacionadas con su trabajo?

- A. Raramente o nunca
- B. Ocasionalmente (menos de una vez a la semana)
- C. Una vez a la semana

38. ¿Con qué frecuencia va a su lugar de trabajo cuando no tiene obligación de ir (tal como de noche o en fin de semana)?

- A. No es posible en mi trabajo
- B. Raramente o nunca
- C. Ocasionalmente (menos de una vez a la semana)
- D. Una vez a la semana o más

39. Cuando se encuentra cansado en el trabajo, ¿qué es lo que hace generalmente?

- A. Ir más despacio un rato hasta que me recupero
- B. Esforzarme en mantener el mismo ritmo a pesar del cansancio

40. Cuando está en un grupo, ¿con qué frecuencia los demás le ven como un líder?

- A. Raramente
- B. Tan a menudo como a los demás
- C. Más a menudo que a los demás

41. ¿Con qué frecuencia escribe listas para ayudarse a recordar lo que tiene que hacer?

- A. Nunca
- B. Ocasionalmente
- C. Frecuentemente

Para responder a las preguntas 42-46, compárese con los trabajadores de su ocupación actual y señale la respuesta que le describa de manera más precisa.

42. En relación con la cantidad de esfuerzo realizado, Vd. se esfuerza...

- A. Mucho más que los demás
- B. Un poco más que los demás
- C. Un poco menos que los demás
- D. Mucho menos que los demás

43. En relación con el sentido de la responsabilidad, su responsabilidad es ...

- A. Mucho mayor que la de los demás
- B. Un poco mayor que la de los demás
- C. Un poco menor que la de los demás
- D. Mucho menor que la de los demás

44. Considera necesaria la prisa ...

- A. En muchas más ocasiones que los demás
- B. En pocas más ocasiones que los demás
- C. En pocas menos ocasiones que los demás
- D. En muchas menos ocasiones que los demás

45. En cuanto a ser preciso (cuidadoso con los detalles) Vd. es ...

- A. Mucho más preciso que los demás
- B. Un poco más preciso que los demás
- C. Un poco menos preciso que los demás
- D. Mucho menos preciso que los demás

46. Se toma la vida, en general ..

- A. Mucho más seriamente que los demás
- B. Un poco más seriamente que los demás
- C. Un poco menos seriamente que los demás
- D. Mucho menos seriamente que los demás

Para responder a las preguntas 47-49, compare su trabajo actual con el de hace 5 años. Si no ha estado trabajando 5 años, compare su trabajo actual con su primer trabajo.

47. El número de horas de trabajo semanales...

- A. Es mayor en mi trabajo actual
- B. Era mayor hace cinco años
- C. No puedo decidir

48. La responsabilidad en el trabajo ...

- A. Es mayor actualmente
- B. Era mayor hace cinco años
- C. No puedo decidir

49. El nivel de prestigio o consideración social...

- A. Es más alto en mi trabajo actual
- B. Era más alto hace cinco años
- C. No puedo decidir

50. ¿Cuántos puestos de trabajo ha ocupado en los últimos 10 años? (Asegúrese de contar los cambios en el tipo de trabajo, los cambios a nuevos empleos y los ascensos - o descensos - dentro de cada organización)

- A. 0-1
- B. 2
- C. 3
- D. 4
- E. 5 ó más

51. ¿Qué estudios ha cursado?

- A. Algún curso de E.G.B.
- B. Bachillerato completo
- C. Formación profesional
- D. Diplomado universitario
- E. Licenciado Universitario

52. Mientras estudiaba, ¿tuvo cargos en algún grupo, tal como en el consejo de estudiantes, tuna, asociación juvenil o capitán de un equipo deportivo?

- A. No
- B. Si, tuve uno de estos cargos
- C. Si, tuve dos o más de estos cargos